

EDVÂNIA ÂNGELA DE SOUZA LOURENÇO

**SAÚDE PÚBLICA E PARTICIPAÇÃO CIDADÃ:
UMA ANÁLISE DO CONTROLE SOCIAL NO SUS EM FRANCA-SP**

**FRANCA
2004**

EDVÂNIA ANGELA DE SOUZA LOURENÇO

**SAÚDE PÚBLICA E PARTICIPAÇÃO CIDADÃ:
UMA ANÁLISE DO CONTROLE SOCIAL NO SUS EM FRANCA-SP**

Dissertação apresentada ao Programa de pós-graduação em Serviço Social da Faculdade de História, Direito e Serviço Social da Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, Campus de Franca, para a obtenção do título de mestre em Serviço Social (Área de Concentração – Serviço Social – Trabalho e Sociedade).

Orientadora: Íris Fenner Bertani.

**FRANCA
2004**

EDVÂNIA ÂNGELA DE SOUZA LOURENÇO

**SAÚDE PÚBLICA E PARTICIPAÇÃO CIDADÃ: UMA ANÁLISE DO
CONTROLE SOCIAL NO SUS EM FRANCA-SP**

COMISSÃO EXAMINADORA

DISSERTAÇÃO PARA OBTENSÃO DO TÍTULO DE MESTRE

Presidente e Orientador:

Examinador 2

Examinador 3

Franca (SP), ____ de _____ 2004.

Aos trabalhadores, usuários, conselheiros, enfim a todos que acreditam no SUS e com ações (pequenas às vezes) tecem a teia que o torna possível.

Agradecimentos

A Íris Fenner Bertani, minha orientadora, presente nessa caminhada, que com seu estímulo e conhecimento colocou tijolos valiosos na construção deste trabalho. Me “guiando” talentosamente, não hesitando em dividir a sua larga experiência como trabalhadora da saúde.

À minha família:

À minha mãe pela força e dedicação em no meu amparar e aos meus filhos.

Ao meu pai pelo desejo de ver os filhos estudados.

Aos meus irmãos, pela presença, principalmente a Ângela que, tantas vezes, ficou com os meus filhos para que eu pudesse estudar e a Elisângela que fez a árdua tarefa de conferir os dados estatísticos e confeccionar as tabelas.

Aos meus filhos, Beatriz e Rafael, por existirem.

Ao meu esposo companheiro de luta...

Às amigas Andréa, Ariana, Darcy, Edileusa, Mônica, Regina Maura, e Rosemary pelo apoio.

A Neusinha pela dedicação e cuidado aos meus filhos, permitindo que eu prosseguisse essa caminhada.

Às professoras Ana Maria Estevão e Maria Ângela R. A. de Andrade pela preciosa orientação no momento da qualificação.

Aos amigos e trabalhadores da saúde, em especial aos que fazem parte da minha história, funcionários da UBS Leporace, Aeroporto III, NGA, Pronto Socorro, Centro de Referência em Saúde do Trabalhador e Assistentes Sociais da Secretaria Municipal de Saúde.

A Secretaria Municipal de Saúde de Franca.

À Deus por me dar a oportunidade de viver e conviver com todas essas pessoas e outras essenciais e parte da minha história.

Resumo

Este trabalho objetivou desvelar o controle social no Sistema Único de Saúde (SUS), no município de Franca/SP, especialmente, no contexto do Conselho Municipal de Saúde, enfocando a visão que a população usuária dos serviços de saúde, especificamente das Unidades Básicas de Saúde (UBS) dos bairros: Jardim Aeroporto III, Paulista, São Sebastião e Parque Vicente Leporace, tem sobre o Conselho e a forma que utilizam para participarem e acompanharem a política de saúde. Nos reportamos também aos conselheiros, que compõem a atual gestão, desvendando os avanços e limites da sua atuação frente ao controle social.

Para tanto, usamos do ensaio histórico sobre saúde pública, como forma de iluminar a discussão a respeito do Sistema Único de Saúde (SUS). Como pressupostos da construção do SUS, resgatamos ainda os modelos de participação utilizados pela sociedade brasileira: comunitária, popular, social e cidadã.

Assim, fizemos uma análise a partir da coleta de dados, quantitativos, com a auto-aplicação de questionários aos usuários do SUS e também aos conselheiros. Em seguida, o método qualitativo, por meio da coleta de depoimentos com quatro conselheiros, representantes do poder público e do segmento “usuário”.

Os resultados, mostram que apesar da implantação do Conselho este ainda não tem visibilidade frente aos usuários dos serviços de saúde pesquisados. Também ficou transparente a necessidade de capacitação dos conselheiros para efetivar esse espaço de controle social.

ABSTRACT

This work has the purpose to uncover the social control in the Health Unique Sistem (SUS), in Franca/SP specially, in the Health Municipal Council. This focalizes the population's vision that uses the health service, specially in this Health Basics Unities (UBS) of the districties: Jardim Aeroporto III, Paulista, São Sebastião and Parque Vicente Leporace, those have about the Council and the ways that they use to participate and to follow the health politics. We terned back to the counsels, that compose the actual administration, indicating the atuation's limits and advances of social control.

We embased in the historic assay, about public health, that is the way to illuminate this discution of SUS.

Like the presupposed of this sistem, we redeemed the models of this participation utilized by the brazilian society: popular, social and citizen.

This way, we utilized the quantitative method, that results in the question's aplication to the SUS's usuarios and the counsels. After this, there is a qualitative research about four counsels's deposition that represent the public power and the usual segment. Follow this way, we have done the analysis of the results.

The results show that there is not clearness about the health service. It was evidence the necessary of counsel's capacity to execute this social control space.

SUMÁRIO

Introdução.....	13
Capítulo 1 Do Controle ao Controle Social.....	17
Modo de pensar a saúde: construindo a Saúde Pública	18
Saúde: uma visão mítica.....	19
Formação do Estado moderno e o advento da ciência: viés para a Saúde Pública.....	22
Iluminismo: saber e saúde.....	25
Medicina social: margem para a Saúde Pública.....	27
Do controle ao controle social.....	33
De 1500 a 1890: controle das doenças ou das pessoas?	33
Hospital: casa de saúde ou de doença?	37
Lepra: um viés para a Saúde Pública?	39
Chegada da Corte portuguesa no Brasil: o que muda?	40
1889: as primeiras ações de Saúde Pública.....	42
As ações de Saúde Pública e a Revolta da Vacina.....	45
Sistema Previdenciário e as conseqüentes ações de Saúde Pública.....	48
1930: Implantação de Políticas Públicas.....	52
Militarismo e a Política de Saúde Pública.....	56
Do Movimento Sanitário à Construção Legal do SUS.....	59
Sistema Único de Saúde: Uma Nova Noção de Saúde.....	62
Capítulo 2 Controle Social e Participação Cidadã.....	67
Controle Social: Qual a sua história?	68
O Controle e a Saúde Pública.....	72
Controle Social: Por Uma Nova Saúde.....	74
Controle Social e Descentralização da Política de Saúde.....	77
Movimento Popular de Saúde e descentralização.....	80
Descentralização: proposta neoliberal?	82
Descentralização a partir do SUS.....	86
Participação em Saúde: Comunitária, Popular, Social ou Cidadã?	90
Participação Comunitária.....	93
Participação Popular.....	96
Participação Social.....	99
Participação Cidadã.....	102
Participação e Empowerment.....	105
Sociedade Civil, Espaço e Esfera Pública: Participação e Accountability.....	108
Capítulo 3 — Metodologia da Pesquisa: O Conselho Municipal de Saúde de Franca em Questão.....	113
Cenário da Pesquisa	114
Franca e a Municipalização da Saúde.....	117
Metodologia de Pesquisa.....	124
Perfil dos Entrevistados.....	128
Conhecimento dos usuários quanto ao direito de participar da política de saúde pública	132
O Conselho de Saúde em Questão.....	140
O controle Social no SUS de Franca.....	151
Considerações Finais.....	157
Bibliografia.....	161

ÍNDICE DE FIGURAS E GRÁFICOS

FIGURAS

FIGURA 1	Unidade Básica de Saúde do Jardim Aeroporto III.....	120
FIGURA 2	Unidade Básica de Saúde do Jardim Leporace.....	121
FIGURA 3	Unidade Básica de Saúde do Jardim Paulista.....	122
FÍGURA 4	Unidade Básica do Jardim São Sebastião.....	123
FIGURA 5	Casa dos Conselhos.....	124

GRÁFICOS

FIGURA 6	Distribuição dos Sujeitos nas Faixas Etárias (%).....	129
FIGURA 7	Distribuição dos Sujeitos nas Profissões (%).....	130
FIGURA 8	Distribuição dos Sujeitos Quanto a Renda (%).....	131
FIGURA 9	Distribuição dos Sujeitos Quanto ao Número de Filhos.....	131
FIGURA 10	Conhecimento a respeito do Conselho Municipal de Saúde.....	132
FIGURA 11	Participação nas Reuniões.....	133
FIGURA 12	Participação no SUS em Franca.....	135
TABELA 1	Conhecendo o Conselheiro Municipal de Saúde de Franca/SP.....	139
FIGURA 13	Principais Avanços Apontados pelos Conselheiros.....	142
FIGURA 14	Principais Limites Levantados	143
FIGURA 15	Principais Sugestões.....	148

INTRODUÇÃO

Introdução

Este trabalho objetiva estudar o controle social na dimensão da política de saúde pública em Franca/SP. Assim é preponderante a reflexão sobre a participação cidadã, a qual não pode ser feita de forma isolada visto que ela é inerente às questões: econômica, política e sócio cultural. Sua identificação como prática, nesta área adquiriu formas institucionais a partir da década de 1990, especialmente por meio dos Conselhos e Conferências de Saúde.

A configuração institucional da participação, na área da saúde, só foi possível com a promulgação do Sistema Único de Saúde (SUS) na Constituição de 1988. Pela primeira vez na história do país, o Estado conferiu-lhe um novo estatuto que, integrada à Previdência e à Assistência Social, é afirmada como pública e estatal e direito de todos, passando a ser universal.

A partir de 1970 a sociedade conseguiu expressar as primeiras experiências de críticas, questionamentos e enfrentamento político, sendo o SUS um dos pressupostos de luta social, arquitetando assim os seus alicerces.

O movimento sanitário articulado à sociedade civil, conseguiu alterar a atenção dada à saúde pública. Dentre as várias mudanças é garantida, legalmente, *a participação da comunidade* no acompanhamento, na proposição e na fiscalização do SUS.

Importa dizer que, o sentido da participação na política de saúde, passa a agregar os direitos e os deveres da população, sendo entendida como controle social realizado, especialmente, nas instâncias oficializadas (Conselhos e Conferências) confere portanto, ao conselho de saúde um duplo papel “[...] prospectivo e da fiscalização da execução. Os conselhos não podem funcionar de forma apenas burocrática” (BRASIL, 2003, p.45).

Compreendemos que os Conselhos são espaços, esfera pública, capazes de concretizar práticas de cidadania, mas esse processo de democratização da gestão da saúde vem acontecendo, num contexto político, social e econômico contraditório.

Do mesmo modo, as mudanças ocorridas em nível mundial, na década de 1990, como a globalização (e os seus mais sutis efeitos), e a redução das obrigações do Estado frente aos direitos sociais, enquanto paradoxalmente amplia os direitos, diminui seu papel na proteção social, o qual está envolto por nova roupagem: a da solidariedade. Transfere para a sociedade civil uma responsabilidade que é sua, e ainda cria condições para a emergência das Organizações Não Governamentais (ONG’s).

Dessa forma as ONG’s desenvolvem ações setoriais (“de ajuda”) e não de direito coletivo. Essas podem possibilitar a participação social, que como veremos no segundo

capítulo, é compreendida como ação realizada em prol de alguma causa específica, tais como juventude, drogadição etc. É importante ressaltar que as ONG's também podem realizar a participação cidadã, que ocorre quando as ações estão voltadas para a coletividade, e não a um grupo específico.

Assim, vive-se uma dualidade, pois se por um lado, o Estado amplia os direitos sociais por outro privilegia-se o aspecto econômico da receita, não efetivando então os direitos ora garantidos na legislação. Além disso, esses são conduzidos para o gerenciamento e para a administração das ONG's, o que acaba favorecendo a desoneração estatal de responsabilidade e concomitantemente limita o atendimento aos pequenos grupos de pessoas. Tudo isso pode inviabilizar o debate coletivo de causas mais gerais e, portanto, a participação, discussão, acompanhamento e controle social da política social pública.

A participação cidadã e o controle social no SUS, objetos de análise e de reflexão deste estudo, estão relacionados dentre outros à forma e ao meio como as pessoas vivem. Não podemos deixar de considerar o contexto da sociedade capitalista brasileira, marcada pelas desigualdades sociais e regida por critérios econômicos e políticos, inclusive ditados por agências internacionais, como o Banco Mundial e o Fundo Monetário Internacional (FMI). Como efeito dessas regras, temos a diminuição do papel do Estado em investimentos de políticas sociais, indo na contra corrente da agenda universalista, garantida na Constituição de 1988 e na gestão democrática.

Esse caráter contraditório de ampliação dos direitos reflete-se não só na redução da capacidade de intervenção do Estado na área social, mas também na saúde, como um entrave às conquistas que o SUS representa para a sociedade brasileira. Assim, ao passar a idéia de falta de recursos financeiros para manter o sistema e ainda não fazendo os devidos investimentos, a universalização e a integralidade como princípios básicos do SUS ficam visivelmente restringidos.

Essa situação de redução do Estado é agravada pelas modificações ocorridas no mundo do trabalho, pulverizando a classe trabalhadora e dificultando a sua organização por meio da precarização das suas relações e o inevitável refluxo do movimento sindical, diante do desemprego e das novas formas de trabalho constituídas na informalidade.

Esses fatores subsidiaram o nosso interesse em desvendar a potencialidade da participação cidadã na saúde pública.

Para discutir a experiência do controle social no SUS de Franca, utilizamos, primeiramente, da abordagem da saúde pública apresentada como ensaio histórico; no

primeiro e segundo capítulos deste trabalho. Tal contextualização ilumina a compreensão de participação, de controle social e de saúde.

No primeiro capítulo vamos apresentar um ensaio teórico sobre as principais referências históricas do processo de construção da saúde pública num contexto mais amplo, considerando a visão mítica de saúde e doença, a emergência da ciência e as questões políticas que deram a essa área um novo conceito e direcionamento. Em seguida, perseguiremos a trajetória da saúde pública no Brasil, desde as bases lançadas na Colônia. Buscando conhecer quais circunstâncias e elementos favoreceram ao desenvolvimento do Sistema Único de Saúde (SUS) no final do século XX.

Sob esse ângulo, alguns movimentos sociais, como o movimento de saúde da zona leste de São Paulo e o Movimento Sanitário, são inéditos e aconteceram num contexto político de autoritarismos vários, mostrando a capacidade da sociedade que articulada e organizada, é capaz de construir projetos de mudança e de enfrentamento à forma de condução da saúde pública.

Nesses termos, enfocamos ainda no segundo capítulo além das formas de participação, o controle social, na linha foucaultiana e na atual abordagem como construção da cidadania, utilizada para a democratização da política de saúde pública brasileira, refletindo na mudança de relação entre Estado e Sociedade.

A pesquisa de campo para coleta de dados e análise, a metodologia e cenário da pesquisa são apresentados no terceiro capítulo. Valemo-nos também de observações possibilitadas por meio da participação nas reuniões do Conselho e da pesquisa “quantitativa e qualitativa”, por sua vez realizada em duas fases: aplicação de questionário aos usuários (UBS’s) e aos conselheiros; e coleta de depoimentos de quatro membros do Conselho Municipal de Saúde, além da pesquisa documental.

Tendo como objeto o controle social no SUS de Franca, buscamos conhecer como os usuários reconhecem o espaço do Conselho, se participam das reuniões e quais outras formas utilizadas para o acompanhamento da saúde pública. Por intermédio desta fase da pesquisa, tivemos ainda o interesse em aprofundar nossas reflexões acerca do controle social, passando então a focar a dimensão oficial de participação nesta política, ou seja, do Conselho Municipal de Saúde, reconhecendo assim seu valor e suas dificuldades.

Nas linhas finais deste estudo, traduzimos os desafios elencados na pesquisa para a efetivação do controle social, comentando as potencialidades do colegiado, não a partir de uma visão maniqueísta porém explicitando-o como via possível para a participação cidadã, para o *empowerment* e para a *accountability*.

São comentários que finalizam este trabalho, mas não a discussão. Certamente é favorecedor de muitas outras questões que por ora não comentamos, ou que são suscitadas a partir desse e essa é a nossa pretensão: um convite à reflexão-ação da participação cidadã e do controle social no SUS.

CAPÍTULO 1: DO CONTROLE AO CONTROLE SOCIAL

Se esse sistema é pura utopia, de qualquer forma é utopia do povo e, não utopia dos teóricos e dos ideólogos. Parece ser a única alternativa que apareceu na história e que tem aparecido sempre, repetidas vezes. Mas, se vocês perguntarem que probabilidade existe dessa utopia ser realizada, devo dizer: muito pouca. E ainda quem sabe, e apesar de tudo, no encalço da próxima revolução. (ARENDT apud ESTEVÃO, 1999, p. 38).

Capítulo 1 – Do Controle ao Controle Social

Modo de Pensar a Saúde: Construindo a Saúde Pública

É importante elucidarmos que (para nós) o vocábulo saúde tem uma relação e correlação com as condições e modos de vida da população. Mas esta é uma discussão calcada nos acontecimentos sociais, econômicos e políticos ocorridos em meados da década de 1980 mediante as relações entre Estado, sociedade civil e organizações políticas que conseguiram influenciar nas ações de saúde pública.

Entretanto, os motivos que levaram a constituição da saúde pública no país, têm como liame as questões da doença e morte, as quais resultaram na devastação populacional. Convém ressaltar que a acepção de saúde atual e suas subjacentes ações inclusive como resultantes de decisão estatal, são recentes no Brasil, pois somente em 1988, é que as medidas de acesso aos serviços de saúde são declaradas como direito. Dessa forma, anteriormente, ao SUS, como iremos perceber por meio do ensaio histórico, não havia uma sistematização da saúde, de seus serviços e nem da própria doença.

Historicamente, a saúde vem se desenvolvendo, concomitantemente, com as civilizações, tanto no que se refere ao seu modo de vida, quanto a sua organização social, econômica, política e científica. Desse modo, a sua definição foi e é preponderante, visto que a partir da sua conceituação e do entendimento que determinada sociedade tem em relação à saúde, é que são possíveis o planejamento de suas ações e a busca pela efetivação de suas medidas, as quais garantam ou proporcionem padrões de vida mais saudáveis.

Pelo viés da pesquisa histórica¹ notamos que a forma e a estrutura da saúde pública atual foram sendo construídas ao longo dos tempos, geralmente, com base nos problemas que pudessem afetar a vida comunitária, especialmente no que se refere à transmissão de doenças contagiosas. Essas são responsáveis pelo maior número de vítimas e, em consequência, também pela melhoria do ambiente físico (retirada de lixo e saneamento). Isso não apenas no território brasileiro, podemos dizer que no âmbito internacional as ações de saúde também são uma consequência dos grandes surtos epidêmicos.

Observamos que a saúde integrante da medicina científica e provida de tecnologia é invenção da modernidade. Nesse ensaio histórico, vamos perceber que saúde nem sempre foi vista como tal, mas numa posição antagônica de enfermidade, ou seja, a partir das doenças é que foi se pensando, de forma gradual, a saúde.

¹ lembrando que “[...] a finalidade da análise histórica é pesquisar as origens da alienação no mundo moderno [...]” (ARENDT, 2003, p.14).

Saúde: Uma Visão Mítica

Scliar (1987) argumenta que para os povos primitivos a doença era como um castigo dos deuses, uma maldição. E os doentes vítimas de moléstias, também eram vistos como ação de demônios; sendo a medicina delegada ao feiticeiro ou Xamã. Como essa fase estava ligada ao sobrenatural classifica-a de olhar mágico, a qual começa sofrer modificações na Antigüidade, quando é introduzida a observação empírica.

A medicina ganha com as observações e registros de Hipócrates² de Cós³ (460–337a.C.) que apesar de estar separado através de séculos da descoberta bacteriológica de Pasteur, consegue revelar ensaios da visão epidemiológica do problema de saúde/enfermidade. O “Olhar Empírico” chama a atenção para a causa natural da doença e para ignorância de quem acredita em uma causa sobrenatural.

Considerada como o prenúncio da medicina, a teoria dos humores⁴ aponta a saúde como um estado de equilíbrio desses humores e “[...] a doença vem, então, a ser um desequilíbrio humoral “causado” por fatores externos (ar, clima, alimentos, bebidas) e internos (‘constituição’, excesso e predominância de um humor sobre os outros)” (NOVAES, 1997, p.205).

Segundo Rosen (1994, p.53), a Idade Média, conhecida como “Idade das Trevas”, (500-1000a.C.) herdou a conexão entre pecado e doença. Apesar de toda limitação, algumas novidades possibilitaram o desenvolvimento de ações de saúde pública como, por exemplo: a questão da água e do saneamento, o desenvolvimento de medidas de higiene para a vida em comunidade e a formação das cidades.

A preocupação com a saúde mostra-se, no período em questão, intimamente ligado aos cuidados com a água, especialmente, dos rios e higiene em geral, levando a criação de decretos os quais servirão de base para a formação de códigos sanitários. Houve então, a formação de Casas de Banho, que se tornaram famosas mais tarde no fim da Idade Média e início do Renascimento. Mas com o aparecimento da sífilis, aquelas são consideradas *lócus* de contaminação e são fechadas.

² “Hipócrates (459/460–355a.C) representa para todas as épocas o médico ideal. É considerado o pai da Medicina. Seu nome associa ao Corpo Hipocrático, embora nenhuma obra isolada lhe possa ser atribuída nesse conjunto de escritos. O livro hipocrático Ares, Águas e Lugares representou por mais de milênios o texto epidemiológico fundamental” (ROSEN, 1994, p.387).

³ “Cós, a cidade natal de Hipócrates, é a segunda maior ilha do Dodecaneso, um arquipélago grego a sudoeste do mar Egeu” (ROSEN, 1994, p.49).

⁴ “A idéia mestra, como se sabe, é aquela de “harmonia” dos elementos constituintes da natureza: quatro são aqueles fundamentais (terra, fogo, ar e água) quatro são as estações e qualidades (quente, frio, úmido e seco) e quatro são os humores constituintes do vivo, marcadamente do humano (bile, negra e amarela, fleuma e sangue)” (NOVAES, 1997, p.205).

O cristianismo foi um marco desta época e repercutiu, nos serviços de saúde. A Igreja durante o período medieval, sob o prisma das Leis de Deus, detém o poder e o saber. Assim, as primeiras construções com “[...] Instalações Higiênicas importantes como a água encanada, latrinas apropriadas, aquecimento, ventilação própria nos cômodos [...]”(ROSEN, 1994, p. 53) são os mosteiros.

Esses são significativos para o desenvolvimento dos serviços de saúde como: assistência (enfermagem e médica) e hospital. “[...] Atendendo os desvalidos, abrigando os viajantes, cuidando dos enfermos, estas instituições inauguram uma nova forma de atenção e organização do cuidado aos enfermos e que será base para reformulações que darão origem ao moderno hospital” (NOVAES, 1997, p.207).

Dessa forma a Igreja que dominou as fontes de conhecimentos em claustros e templos cristãos, assume o encargo de assistência à algumas doenças tal como a lepra. Tendo como principal método os preceitos apresentados no Levítico,⁵ antigo testamento da bíblia, que propunha o isolamento, além dos ritos de purificação até que a pessoa fosse declarada sã e curada.

A imagem mítica de saúde versus doença marca substancialmente a era medieval, expressada principalmente pelo medo ocasionado pelos surtos de peste e lepra. Apesar de haver outras doenças, presentes neste período, a referência a essas se dá pelo temor, estigma social e pelo número de vítimas contaminadas. O medo da lepra, dentro de um conceito mítico, dominava as pessoas e, as medidas de proteção eram decorrentes das idéias religiosas que se misturavam às médicas, desenvolvendo “[...] uma forma de ação de saúde pública ainda presente entre nós: o isolamento de pessoas vítimas de doenças contagiosas [...]” (ROSEN, 1994, p.60).

Assim, evidenciamos que a doença acaba sendo responsável por algumas medidas preventivas de saúde. Para evitar a entrada da peste nas cidades, são criadas normas de isolamento não só das pessoas contaminadas (quarentena) mas também de objetos das mesmas.

Surgiram muitos trabalhos com o objetivo de explicar a peste, mais ainda dentro da fundamentação hipocrática, dando ênfase aos fatores físicos ambientais como causa da doença, as várias indagações relativas a sua exegese foram explicadas de forma sistemática

⁵ “[...] Todo homem atingido pela lepra terá suas vestes rasgadas e a cabeça descoberta cobrirá a barba e clamará: Impuro! Impuro! 46 Enquanto durar o seu mal, ele será impuro. E impuro; habitará só, e a sua habitação será fora do acampamento” (LEVÍTICO, 13: 45-46).

por Galeno,⁶ considerando a alteração do ar, a matéria orgânica em decomposição, as águas estagnadas e púridas etc, seguindo a tradição hipocrática.

Esse pequeno retrospecto da saúde tem como objetivo mostrar que ela foi sendo constituída conforme o desenvolvimento do pensar e agir da humanidade. E mesmo num período tão distante do desenvolvimento científico algumas ações de enfrentamento dos problemas vão se estabelecendo e influenciando novas proposições.

Salientamos que apesar de todas as limitações da era medieval, como apontamos, iniciou-se algumas ações de saúde como a da: assistência aos enfermos, através dos mosteiros evoluindo para a formação de hospitais, o isolamento dos doentes e no final desse período a formação do saber, através da primeira escola médica. Tudo isso possibilitou o estabelecimento de parâmetros para a organização dos futuros serviços de saúde pública.

Dois são os eventos que vão influir em uma “laicização” da medicina, na segunda metade do período medieval. Através de resoluções progressivas, a Igreja vai proibindo os clérigos de assumirem atividades médicas. A alma em primeiro lugar... O segundo é o aparecimento da primeira escola médica laica, em Salerno, no século X. Ponto primeiro que irradia saberes, Bolonha (1302), Montpellier (1360) e Pádua (1429), por exemplo, introduzem o ensino de anatomia em seus cursos de medicina. Momento significativo na materialização do objeto da medicina, verifica-se em um período em que o mundo observará reviravoltas em relação aos “centros” então existentes (NOVAES, 1997, p.207).

Apesar de não ter sido registrado nenhuma descoberta de grande amplitude nesse período, temos de reconhecer o esforço no enfrentamento dos problemas de saúde, já que a ciência tal como entendemos hoje, ainda inexistia. Os clérigos e demais missionários tentavam compensar a ineficácia da medicina com a caridade, em que a doença remetia a idéia de purificação e as epidemias ainda representavam o castigo divino.

Portanto, na Idade Média, os problemas de saúde ainda são enfrentados dentro do prisma da magia e da religião. Podemos observar que esses conceitos estiveram arraigados por muito tempo na vida do povo, caracterizando as formas de *combate* à doença, constituindo uma imagem mítica de saúde e doença.

Evidenciamos que essa representação de mito despolitiza a busca por melhores condições de vida e, conseqüentemente, de saúde.

O ícone mencionado integra a relação de saúde versus doença e pode ser observada ainda, na atualidade, com os avanços tecnológicos e científicos. Apesar da evolução tecnológica desses meios, há quem recorra aos correspondentes míticos na busca de cura em

⁶ “Galeno, de Pérgamo, Médico. Produziu a síntese final do conhecimento médico da antiguidade. Essa síntese serviu como base para as práticas de medicina e de Saúde Pública durante os mil e quinhentos anos seguintes. Nesse sentido, sua obra sobre higiene é significativo” (ROSEN, 1994, p.387).

detrimento ou como complemento da medicina legal. “Curas espetaculosas, milagres de todo tipo são apresentados quase diariamente pelas redes de televisão no Brasil [...]” (BIRMAN, 1997, p.13). Assim, podemos dizer que a moderna saúde pública carrega, nos dias atuais, ações que tiveram início nos seus primórdios.

As teorias desenvolvidas no período (medieval) davam ênfase ao indivíduo e à higiene pessoal, alicerçados em duas corrente filosóficas: a teoria natucêntrica, da Antigüidade e a teocêntrica da Idade Média. Na primeira a natureza se sobressai ao homem, já na segunda é marcada pela contemplação a Deus e a submissão às leis da igreja.

Galileu rompe com essa teoria quando retira a terra do centro do universo, colocando o homem como novo centro de saber e da história. Porém, a Epidemiologia medieval baseada nas causas climáticas, ambientais e circunstâncias de cada região, seguindo a filosofia aristotélica e hipocrática, unidas à magia ocultada pela Igreja, durante toda a Idade Média, ainda permanecerá por um longo período. A influência da concepção “atmosférica – miasmática” não mudará drasticamente, mas paulatinamente projetará descobertas científicas em busca da verdadeira causa das doenças.

Apesar das mudanças de paradigmas sociais, políticos e econômicos, a prática de muitos comportamentos criados e sustentados pela cultura medieval ainda permaneceram nos períodos posteriores, de acordo com o desenvolvimento de cada país ou região.

Assim, por mais de dois séculos (1500 a 1750), muitas idéias medievais permaneceram até que o Renascimento representou um novo período e conforme as transformações que foram ocorrendo, gradualmente, o mundo moderno foi ganhando espaço em detrimento do medieval.

Formação do Estado Moderno e o Advento da Ciência: Viés para a Saúde Pública

A emergência do Estado Moderno e o desenvolvimento da ciência, aliados as novas formas de relações econômicas subjacentes ao mercantilismo, contribuíram substancialmente para o enfrentamento às doenças, principalmente aquelas que afetavam em grande escala a população, visto que se constituíram em fatores preponderantes para a formação da política de saúde pública.

A formação do Estado Moderno será o fio condutor da progressiva responsabilidade do Estado pela saúde da população, uma vez que este Estado demonstrava o seu poder e prestígio através da conquista de novos territórios, o que demandava uma população sadia para conquista e exploração de novas riquezas (terras).

Influenciado pela teoria do Absolutismo o Estado, representado pelo soberano, teria direito de governar seu país sem questionamentos e com poder ilimitado. Desse modo, vários autores⁷: Le Bret, Jean Bodin, Jacques Bossuet, escreveram sobre o direito divino dos Reis. Dentre as obras destacamos O Príncipe de Maquiavel e o Leviathan de Hobbes que explicaram a origem e natureza dos monarcas, reforçando o poder absoluto do governante.

A história nos mostra, que as necessidades econômicas, especialmente da nova classe social: a burguesia aliada à política visando o fortalecimento dos Reis, levaram a formação do Estado. Esse, nos séculos XVI e XVII, será alvo de grande discussão, no que concerne ao seu governante e no papel que desempenha.

Contudo, mesmo com a formação do Estado Moderno, o desenvolvimento da ciência e de novas formas econômicas (século XVII), a saúde pública não será beneficiada imediatamente, pois suas ações assistenciais ainda continuaram sendo realizadas pela comunidade local, seguindo os costumes e as práticas medievais. E quando surgiam novos problemas, apenas ajustavam o modelo já existente.

Mas, aos poucos, o Estado começa a se responsabilizar pela saúde de sua população, já que era conveniente ter homens *fortes e saudáveis* para defendê-lo das possíveis ameaças de guerras. Além do quadro de saúde da população representar, de certa forma, o poder de uma nação.

A Revolução Científica a partir do século XVII, seguida do Iluminismo (no final da fase mercantilista e ascensão da fase liberal, ou seja, do capitalismo concorrencial internacional) são fatores mundiais, que impulsionaram o desenvolvimento técnico-científico da saúde. Isso favoreceu a obrigação do Estado pela saúde da população.

Assim, o desenvolvimento da ciência no enfrentamento às doenças, principalmente, àquelas que dizimavam grande número de pessoas, e a emergência do Estado Moderno, aliada a política mercantil, constituíram-se em fatores importantes para a formação da saúde pública, “[...] ligou-se intimamente ao surgimento do Estado Nacional Moderno e ao fortalecimento do poder real, ao absolutismo. Daí o lema básico do período mercantilista ser “Ouro, Poder e Glória” (AQUINO et al, 1993, p.53).

⁷ “Lê Bret, jurista francês. Defendeu no Trabalho da Soberania do Rei (1632) a idéia que o Rei teria recebido seus poderes diretamente de Deus, sendo as suas ordens sem limite...; Jean Bodin (1530-1596), também francês e autor da República, expôs sobre a autoridade divina do Rei, tendo “o poder supremo sobre os cidadãos e súditos, sem restrições determinadas pelas leis”; Jaques Bossuet, preceptor de Luis XIV e considerado o maior teórico do absolutismo, na obra Política segundo a Sagrada Escritura afirmou que como não há poder público sem a vontade de Deus, todo governo seja qual for a sua origem, justo ou injusto, pacífico ou violento, é legítimo; todo depositário de autoridade, seja qual for é sagrado; revoltar-se contra ele cometer um sacrilégio” (AQUINO et al, 1993, p.32).

Esse pensamento implicará na organização e responsabilização do Estado por serviços públicos que pudessem garantir o nacionalismo econômico e o aumento do poder da nação. Sendo que a expansão da riqueza do país, através do acúmulo de minérios preciosos, exportação de produtos manufaturados, conquista de novos territórios e estimulação da indústria levará o Estado a adotar medidas sociais e econômicas, visando sanar os possíveis empecilhos dessa forma de desenvolvimento adotada.

Desse modo, a saúde pública encontra uma pequena oportunidade para se institucionalizar como ação do Estado. Pois, no mercantilismo primava-se por uma população grande, tendo o Estado que cuidar dessa para que num segundo momento pudesse utilizá-la como melhor lhe convinha. Importa dizer que a ênfase dessa política, dentre outras, “[...] estava em pôr a vida social e econômica a serviço do Estado” (ROSEN, 1994, p.95).

Essa forma de ver a população trabalhadora, possibilita o desenvolvimento de teorias com base em números, buscando conhecer os grupos mais produtivos. Assim no século XVII, inicia-se tentativas de usar métodos estatísticos, que contribuíram, e muito, para a saúde pública.

Rosen (1994) referencia estudos sobre as condições das cidades, como importante contribuição para as ações de saúde pública. Apesar de ter havido na Itália, no período da Renascença, tentativas de estatísticas sobre as cidades, essas pouco evoluíram. Willian Petty⁸ e Graunt inventaram a aritmética política, aplicando a estudos sociais e sanitários, apontando para a ligação entre população sadia e poder do Estado. Como contribuição dessa linha de pensamento, em 1662, Graunt escreveu um trabalho sobre o índice de mortalidade, o qual também é o primeiro a construir uma tabela de vida. Seu trabalho é importante por conter princípios do método estatístico de análise.

A idéia de usar o raciocínio matemático ao que poderia ser alvo de atenção do Estado, prolonga-se por todo o século XVII e início do século XVIII, sendo a população muito atrativa para esses estudos. A saúde pública atual herdou um pouco dessa política aritmética, pois é por meio dos índices de natalidade, morbidade e mortalidade que é possível tecer medidas de prioridade contenção, intervenção e prevenção na saúde. Talvez, possamos ainda fazer uma aproximação, na atualidade, com a idéia de medir o Índice de

⁸ “William Petty (1623-1687) e John Graunt (1620-1674). Aplicaram o método numérico ao estudo dos problemas sociais e sanitários da vida comunitária. Petty desenvolveu a idéia de uma abordagem estatística aos problemas de saúde e bem estar. Graunt, seu amigo, se empenhou em aplicar essa abordagem a assuntos como mortes, nascimentos, prevalência de doenças, e outros. Em 1662 Graunt publicou os resultados desses estudos, com o título Observações Naturais e Políticas sobre as tabelas de Mortalidade” (ROSEN, 1994, p.388).

Desenvolvimento Humano (IDH), método utilizado para mostrar o desempenho e poder do Estado ou País, em relação ao desenvolvimento econômico e social da sua população.

No século XVIII, em Londres são criadas as primeiras companhias de seguros de vida, tão comuns nos dias atuais. Para se estabelecer o seguro, não diferindo muito do nosso tempo, considerava-se o índice de mortalidade e expectativa de vida.

Pretendemos mostrar que esses comportamentos influenciaram a incorporação das ações de saúde pelo Estado, visto que para continuar a expansão da riqueza e do poder nacional, se fazia necessário a população ter um índice de saúde razoável, implicando em uma política de saúde.

A necessidade de se criar um Instituto de Saúde Nacional, implantado pelo Estado, cujo estabelecimento oferecia assistência médica aos pobres, foi apontada por Petty e seus seguidores. Apesar disso, o século XVIII deixará ainda a cargo das comunidades locais a solução dos problemas, principalmente, em relação à saúde. A mudança só ocorrerá efetivamente, mediante o grito por melhores condições de vida e saúde postas pela nova civilização: industrial e urbana.

Iluminismo: Saber e Saúde

O período de 1750 a 1830 é marcado pelo auge do iluminismo, também conhecido como Época das Luzes. Esse período conta com novas teorias, refletindo no movimento intelectual que teve grande expressão mundial, especialmente na França, junto a Revolução Francesa, justificando assim o rompimento com a Era Medieval. O solo francês, conta também com a liderança intelectual dessa época, herdada pelo fomento político inglês do final do século XVII de John Locke⁹ com o seu trabalho sobre a capacidade da razão humana, expressada no Ensaio Acerca do Entendimento Humano.

De acordo com Rosen (1994), o iluminismo representou uma nova fase da vida social com contribuição direta para a política de saúde. Esse apregoava o valor social da inteligência como algo supremo, mas a mesma só poderia efetivar-se se houvesse uma opinião pública informada. Dessa forma, a saúde se beneficia com as idéias e posições desse período, pois não faltaram tentativas de aproximar das pessoas os resultados da ciência e da medicina, fazendo esclarecimentos sobre higiene e saúde.

⁹ John Locke (1632-1704) – Filósofo inglês teórico da revolução liberal inglesa. Para Behring (2000, p.22) “Locke, concordava com Hobbes que para se defender uns dos outros os homens buscam a política. Mas para ele, o poder político deveria ser delegado ao governo civil e não a um monarca absoluto, através de um pacto estabelecido pelos indivíduos que compõem a comunidade, preservando a vida a liberdade e sobretudo, a propriedade. Assim o poder político e a propriedade se colocavam como base para a sociedade mais justa”.

O idealismo e o pensamento humanitário, presentes no iluminismo, estavam representados por vários autores, dentre os quais, os franceses¹⁰ Diderot, d'Alembert, Voltaire e Rousseau, que reuniram diversas obras nas 154 Enciclopédia de Artes, Ciências e ofícios, objetivando usar o conhecimento para a melhoria da condição humana. Essas idéias tiveram mais chance de serem empregadas na política quando Jeremy Bentham¹¹ as mistura ao utilitarismo, exercendo influência política tanto na Inglaterra quanto no continente, e assim sendo modelo para a política social e sanitária britânica.

Nessa mesma linha estavam os fisiocratas, que também influenciaram o período na França. Eles acreditavam que as sociedades humanas eram regidas por leis naturais, e faziam analogia entre o funcionamento do corpo humano e o organismo social. Pregavam ainda que o Estado deveria se limitar a incentivar o progresso técnico e econômico, “[...] seu lema básico era *laissez-faire, laissez passer, le monde va de lui-même* (deixar fazer, deixar passar, que o mundo anda por si mesmo), ou seja, a liberdade econômica” (AQUINO, et al, 1993, p.123).

O final do século XVIII, ainda algumas idéias da Idade das Luzes aliadas a movimentos sociais, civis e intelectuais contribuíram para a reforma dos serviços de saúde, pois reivindicam mudanças radicais no tratamento da demência, no cuidado com as crianças, na reforma do sistema penal e na melhoria da saúde, refletindo então, na formação da saúde pública.

No desenvolvimento de políticas pelo poder público, a idéia de “polícia médica”, criada na Alemanha ainda no século XVII, teve grande repercussão em vários países, que o aplicaram aos serviços de saúde. As idéias de Frank,¹² inspiradas no espírito humanista do Iluminismo, criam um sistema de saúde para população como responsabilidade do Estado.

Rosen (1993, p.134-137) argumenta que os sete volumes sistematizados por Frank, discute assuntos como: População: (casamento, gestação e parto), insiste na necessidade da mulher fazer repouso durante o puerpério e dar atenção à criança, sendo que “o Estado deveria sustentar a mãe durante as seis primeiras semanas após o parto”; Saúde da Criança: prevenção de acidentes, higiene mental, educação física, assistência em idade escolar e a

¹⁰ “Denis Diderot (1713-84) Filósofo crítico francês Editor da Encyclopédie. François- Marie Arouet de Voltaire (1694-1778) Escritor e filósofo francês, enciclopedista iluminista. Jean Jacques Rousseau (1712-78). Escritor suíço, de língua francesa. Enciclopedista iluminista” (ROSEN, 1994, p.154).

¹¹ “Jeremy Bentham (1748-1832). Economista, Jurista e Filósofo inglês. O mais antigo e o principal expoente do utilitarismo, (idem). É autor de *Panopticon, Works*, ed. Bowring,” (FOUCAULT, 1989, p.203).

¹² “Johann Peter Frank (1745-1821) Médico alemão. Professor em Pavia, e, mais tarde, em Viena. Conhecido como pioneiro da Saúde Pública, pelo empenho, em sistematizar todo o conhecimento sobre saúde de seu tempo e em mostrar como utilizá-lo, mediante a ação do governo, em benefício da comunidade. A visão de Frank, característica do pensamento em Saúde Pública em um ambiente de despotismo esclarecido, se expressa em seu *System Liner Vollständigem Medizinischen Polizei* (Sistema de uma polícia médica completa) publicado de 1779 a 1827” (ROSEN, 1994, p.389).

supervisão policial nas Escolas; Higiene: roupa, moradia, alimento, recreação, instalações sanitárias, reforça que mais importante que manter as cidades limpas era a comunidade. Assim, os lixos e os refugos deveriam ser colocados em terrenos distantes das cidades para não contaminarem as fontes de água. Acidentes: abordadas nos 4º e 5º volumes, os demais volumes complementares a essas obras tratam com estatística vital, a medicina, doenças venéreas, hospitais e doenças epidêmicas comunicáveis.

Observamos que os assuntos desenvolvidos por Frank, em diferentes dimensões, ainda estão presentes na política de saúde atual. No Brasil, por exemplo, o Ministério da Saúde através do Sistema único de Saúde (SUS) estabelece metas de ações e convênios com Estados e municípios dentro das principais linhas de ação governamental, expressado geralmente mediante Programas como: Planejamento Familiar, Saúde do Trabalhador, Imunização etc. Dessa forma, evidenciamos que as estratégias utilizadas por Frank, no século XVIII, ainda têm seus reflexos nos dias de hoje, como seja, no século XXI.

A obra de Frank, por ser um dos primeiros trabalhos científicos integrado ao ideário do iluminismo, fomenta a sistematização dos serviços de saúde, visto que a sua importância está tanto no estudo sistemático dos problemas de saúde comunitária, quanto no fato de ter estimulado outros estudos. Importa dizer que seu trabalho leva a França e Inglaterra a implantarem políticas de saúde em escala nacional, para dirimir os problemas de saúde do século XIX.

Medicina Social: Margem para a Saúde Pública

Como podemos perceber, no século XVIII, o Estado não estava totalmente alheio aos problemas de saúde, além dos aspectos já abordados (formação do Estado, desenvolvimento da ciência, nova visão do homem) houve vários movimentos que influenciaram mudanças qualitativas nas condições da vida populacional. Na França, temos por exemplo: a declaração dos Direitos do Homem proclamados em Paris, pela Assembléia Constituinte em 1789, que possibilitou o estabelecimento de vários comitês para tratar de assuntos do governo, inclusive o de saúde, evoluindo para a criação de um conselho em 1802, com função consultiva sobre os problemas de saúde pública.

Apesar da utilização, pela França, desse conselho para tratar de determinados assuntos, esse modelo não teve rápida disseminação, mas gradualmente estimulou os estudos sobre a administração e a política. Em 1820, Jeremy Bentham propõe no seu Código Constitucional, um ministério da saúde. Mas embora as suas idéias não tenham entrado em

vigor, tiveram “[...] influência notável nos líderes da reforma sanitária da Inglaterra” (ROSEN, 1993, p.140).

A saúde pública, no século XIX, contou com uma importância notável dos números (Pesos e Medidas). Já o termo aritmética política foi substituído por estatística e tornaram comuns estudos sobre as cidades, os habitantes e as doenças, usando também o vocábulo inquérito. Os dados estatísticos contribuíram muito para a absorção das ações de saúde pública pelo Estado.

Uma questão que evidencia a necessidade do cuidado governamental com a saúde da população é o surgimento da indústria. A busca pelo aumento da riqueza, frente à superação do feudalismo, direciona-se em grande esforço para o desenvolvimento da indústria. Então, a população novamente passa a ser alvo de interesse do Estado, já que com o trabalho do operário mesmo haveria a geração de riquezas. E para garantir a produção dessas, os trabalhadores não poderiam ser vítimas de quaisquer enfermidades. O desenvolvimento da classe operária é construtivo para o desenvolvimento de políticas públicas, inclusive a de saúde.

A Inglaterra foi o palco da Revolução Industrial tornou-se o *locus* potencial de efeitos novíços dessa economia para a população. São esses efeitos que contraditoriamente, possibilitaram a sistematização da saúde pública, foi precedida por um Programa de Assistência elaborado pela lei conhecida como: Lei dos Pobres.

A Lei dos Pobres de 1600 era administrada pelas freguesias. Elas, com a instrução do Estado, arrecadavam impostos para empregar os fisicamente capazes, punir os indolentes e assistir aos idosos, doentes e incapacitados. Essa Lei passou por várias mudanças e permaneceu até 1930, quando foi substituída por um sistema abrangente de serviços públicos.

Mas diante da nova ordem econômica inglesa do século XVIII, a Lei dos Pobres tornou-se um empecilho à criatividade e à promoção humana, conforme os pensadores daquela época, tal como: Adam Smith, o qual defendia que o interesse de cada um seria motivado pelo poder da competição, guiado pelo mercado. As novas idéias supunham uma estrutura de lei e ordem, e para que houvesse o crescimento econômico ordenado era necessário “[...] uma mão invisível guiando os homens em sua ação econômica e social: a mão do legislador e do administrador...” (ROSEN, 1994, p.161). Assim, seguindo as idéias de Bentham, a Lei dos Pobres, de 1834, sofrerá sérias restrições, inclusive colocando a maior parte da assistência a cargo dos asilos (Workhouses).

Na Inglaterra, com o avanço da atividade industrial, as fábricas eram erguidas sem nenhum planejamento e o mesmo acontecia em relação ao crescimento das cidades e da

população, ficando visível as imundices nas ruas, vielas, casas pequenas e superlotadas e, conseqüentemente, as doenças. Dessa forma, a epidemia de cólera, de 1831, consegue chamar a atenção para as questões da saúde, tecendo raízes para a reforma sanitária.

Edwin Chadwick, discípulo de Bentham e chefe da Comissão encarregada de estruturar as mudanças da Lei dos Pobres, fez estudos mostrando a necessidade da prevenção, inclusive tentou implantar uma Divisão de Estatística Médica no Escritório da Lei dos Pobres. Essa Lei representa um ponto de partida para os serviços de saúde inglesa, e também para os demais países que buscaram neste modelo inspiração para a implantação dos seus Programas Assistenciais ou de saúde. Desse modo, não poderíamos deixar de comentá-la neste estudo.

A Lei dos Pobres também foi alvo de críticas, a esse respeito Mathus (1996), redarguiu sobre a dependência que essa Lei causava. O autor expressa que, paróquias e magistrados ao arrecadarem dinheiro com o objetivo de amenizar a pobreza, criando casas de trabalho e fazendo donativos às pessoas carentes, levavam as famílias atendidas a se tornarem dependentes. Além de não reduzirem a miséria, ainda contribuía para que a população atendida ficasse acomodada. Malthus (1996, p.268) considerava a pobreza o fim inevitável do homem, e propunha para abrandar os graves problemas sociais não só a diminuição do ritmo de crescimento demográfico, mas também a revogação completa de todas as leis paroquiais de ajuda aos pobres. Essas que haviam sido criadas para amenizar o problema da miséria entre o povo, mas que traziam mais malefícios do que benefícios.

A lei em questão, segundo Malthus, além de estimular o casamento entre pessoas que não estavam preparadas para constituir famílias, também contribuía para diminuir a mobilidade de mão-de-obra, impedindo que uma pessoa sem emprego em dada localidade se dirigisse a outros lugares. Scliar (1987, p.52-54) expõe que a partir dessas idéias surgiram outras como a castidade pré-conjugal, o casamento tardio, o controle de natalidade e a eugenia.

Em 1836, é aprovado o registro de nascimento e mortes. Sob o conceito de inquérito, buscava-se conhecer os problemas de saúde da comunidade e dos trabalhadores. O mesmo foi utilizado em vários países, e esses estudos precederam a reforma sanitária inglesa, ou seja, levantaram questões sobre a vida comunitária e sobre as cidades, empenhadas em atrair atenção do governo. Como respostas aos problemas sociais predominaram duas tendências: do *laissez-faire* e do controle.

Chadwick, na Inglaterra, aponta em seu relatório, quando encarregado de estudar e modificar a Lei dos Pobres, que a doença, inclusive a comunicável, estava relacionada com a imundice do ambiente, ausência de rede de esgoto, saneamento e abastecimento de água

adequado e remoção do lixo doméstico e das cidades. Assim essas idéias estavam mais para o controle, do que para *laissez-faire*.

A idéia da fiscalização acabou por aumentar a intervenção do governo, na regulação e controle tanto do comércio quanto da vida social. Entre 1840 e 1850, a ação do legislativo na saúde e na higiene populacional se embasava mais ao efeito econômico das doenças do que pela saúde e bem estar dos pobres. As epidemias representavam desperdícios sociais, assim como as várias idéias, estudos e organizações da sociedade e, especialmente da classe trabalhadora, “[...] Duas ameaças se apresentam: risco de que todos os habitantes viessem a adoecer e queda de produtividade na produção industrial” (NOVAES, 1997, p.209). Essa preocupação culmina em mudanças qualitativas no processo de institucionalização da saúde pública pelo Estado, dentro da perspectiva que as doenças representavam um alto custo e, portanto, emperravam o desenvolvimento econômico.

Desse modo, a Inglaterra favorece o processo de desenvolvimento da saúde pública, podendo citar: a comissão de saúde das cidades, que no relatório de Chadwick, enfatiza os problemas de saúde como fundamento da ação pública, e cita a necessidade de um órgão administrativo; levando o estabelecimento do Conselho Geral de Saúde, em 1848. Esse se esforçou em instalar sistemas de esgoto, abastecimento de água e a criação do médico de saúde pública; em 1871, a criação do Conselho do Governo Local, dividindo o país em distritos sanitários, urbanos e rurais, sujeitos à supervisão do Conselho do Governo Local. Apesar de ser muito forte a necessidade de engenheiros, esse Conselho determinava que cada distrito tivesse um médico de saúde pública. Assim, o governo local passou a ser responsável pela saúde da sua comunidade. Com a aprovação do Ato de Saúde Pública em 1875, afirma-se uma legislação para a saúde pública inglesa. Então, temos a primeira semente da reforma sanitária, que mais tarde os sanitaristas se esforçaram em melhorar através da organização do trabalho, permitida pela nova Lei dos Pobres.

Paralelamente, à preocupação que o poder público, como evidenciado na Inglaterra, vinha tendo em controlar as situações que pudessem causar riscos à produção, os trabalhadores buscavam melhorias dos vários serviços públicos, entre eles o de saúde. Os operários industriais se pautavam nas implicações democráticas do liberalismo sobre os direitos e a dignidade do homem, contribuindo gradativamente para o *laissez-faire*.

Procuramos dar ênfase a alguns aspectos da política de saúde pública inglesa pelo fato desse modo de organização administrativa no enfrentamento dos problemas de saúde pública ter repercutido em vários países da Europa e América, influenciando a implantação da política de saúde pública nesses países.

[...] A intervenção estatal vai se construindo, principalmente em relação ao saneamento ambiental, em que pese as teses liberais benthamianas esposadas por Chadwick. A moderna “saúde pública” vem a ser, então, uma política de Estado que, tomando como objeto as enfermidades, intervém sobre o social visando os interesses maiores derivados de uma nova forma de produzir (NOVAES, 1997, p.209).

A ingerência do Estado na saúde pública, considerando, principalmente, as doenças sociais, ou seja, aquelas que estavam diretamente relacionadas às condições de vida da população, dão origem a um novo conceito de saúde, expressado pela Medicina Social.

Como observamos as mudanças sociais, econômicas e políticas do século XIX, são muitas. No entanto, o protagonismo da classe operária na luta por melhores condições de vida, será o elemento essencial para os movimentos sociais por toda a Europa, estabelecendo assim, a relação da saúde com os modos de vida.

Novaes (1997) argumenta que “1948 é o ano de nascimento do conceito de medicina social”. Esse apontava para a relação dos problemas sociais e o aparecimento de doenças, colocando o Estado como principal interventor nesse processo, ou seja, na solução dos problemas de saúde. “[...] a Medicina Social aparece como uma concepção moderna, adequada as novas formas produtivas que estavam se desenvolvendo na Europa” (GARCIA apud NOVAES, 1997, p.210).

Com o estabelecimento da saúde pública e da medicina social, começa-se a tematizar a saúde com as condições de vida, rompendo com a visão mítica e colocando o Estado como responsável pela saúde da população. Desse modo, politiza-se a questão, deixando a doença de ser algo sobrenatural para ser uma questão de política de saúde pública.

Na segunda metade do século XIX as descobertas sobre os microorganismos vivos de Jacob Henle (1809-1885) preparam o caminho para Robert Koch (1843-1910). Médico alemão que demonstrou a formação de esporos nos bacilos do antraz e descobriu os organismos da tuberculose, desfazendo a mítica dessa moléstia. O bacilo causador da tuberculose ficou conhecido como bacilo de Koch. E ainda tiveram também tiveram grandes contribuições as suas técnicas de estudos em Bacteriologia.

Além disso, saúde pública conta também com as descobertas de Louis Pasteur (1822-1895) químico francês, que fez importantes estudos e descobertas sobre a microbiologia, mudando o rumo do tratamento de várias doenças. Segundo Scliar (1987; p: 68), Pasteur pesquisou a deterioração da cerveja e do vinho, descobrindo os microorganismos causadores e demonstrou que esses poderiam ser destruídos em temperatura de 55°. A preocupação com a conservação dos alimentos resultou em métodos utilizados na atualidade. “[...] método

familiar da pasteurização, hoje aplicado para o leite e outros produtos alimentícios” (ROSEN, 1993, p.239).

Portanto, a grande descoberta do século XIX oferece novo rumo a medicina e vai além do tratamento de doenças, culminando na prevenção. Pasteur fez vários estudos, dentre eles, as doenças do bicho-da-seda, a do antraz, cólera das galinhas, a raiva etc. Trabalhou pela imunização das doenças sem desprezar as demais descobertas, ressaltamos essas, pois é a partir de Koch e Pasteur que muitos mitos foram quebrados como: impureza, miasma e contágio, possibilitando a constituição de um novo cenário para a saúde pública no século XX

Como vimos, a saúde esteve imbricada, ao longo da história, à doença. Conforme as transformações sociais, econômicas, políticas e científicas foram mudando progressivamente ela também se alterou. A constatação dos efeitos sociais sobre a saúde é relevante principalmente para a concepção de salubridade, originando a Medicina Social. Porém, a teoria posta pela revolução pasteuriana segundo Moreira (2001, p.17) “[...] criam condições para uma compreensão mais radical dos processos de adoecer das doenças infecciosas [...]”, mesmo que ainda dentro de uma concepção unicausal, ou seja, “[...] a presença de microrganismos como única condição necessária para o surgimento de doença” (2001, p.17).

Privilegiando as idéias de contágio, o paradigma unicausal foi repensado, uma vez que a enfermidade pode estar relacionada à sensibilidade de cada pessoa a determinados agentes. Então surge a teoria da multicausalidade “[...] este modelo enfatiza a relação organismo-ambiente como o determinante no desenvolvimento ou não da doença” (MOREIRA, 2001, p.18) Estas concepções são interessantes para a compreensão do estabelecimento da saúde pública e sua conseqüente intervenção.

Saúde pensada a partir da sua ausência, doença, estabeleceu, durante toda a antiguidade, uma ameaça pautada pelo medo mantendo uma relação com o sobrenatural. No período subseqüente (medieval), percebemos que há uma mescla do sobrenatural com a culpa (castigo e impureza), apenas mais tarde, na modernidade, temos uma relação com o político, a saúde, ou melhor, a doença passa a ser vista relacionada com os problemas sociais, dando origem, em 1848, na Europa, à Medicina Social.

Assim compreender a sua evolução histórica, da medicina de Hipócrates a Pasteur, reconhecendo a política de saúde como instrumento da articulação entre Estado e sociedade civil, bem como o papel dessa política no processo de reprodução da classe trabalhadora e legitimação do Estado se faz fundamental nesse estudo sobre saúde pública e participação cidadã.

Do Controle ao Controle Social

A trajetória da saúde pública brasileira nos mostra que as suas primeiras ações estiveram voltadas para a doença. Essas ações centralizaram esforços em medidas de controle, por meio de mecanismos estranhos, ou seja, controlando a pessoa portadora de algum mal, porém não atingia a causa e o controle da doença em si.

Dentro deste estranho método de cuidar da saúde das pessoas, encontramos poucas iniciativas mas, mais voltadas ao controle das pessoas que da própria doença. Isto vai ocorrer desde o Brasil Colônia até o final do século XIX, quando são instituídas ações oficiais de responsabilidade estatal, mas ainda dentro do conceito de controle, agora das doenças.

Com o desenvolvimento da economia e a formação do Estado moderno brasileiro houve necessidade da intervenção estatal no controle das doenças, garantindo a mão de obra trabalhadora. A doença, principalmente epidêmica, refletia negativamente nas relações econômicas, de âmbito externo, levando a constituição de medidas protetoras do comércio internacional e secundariamente da saúde.

Observamos que o Estado brasileiro tem um desenvolvimento capitalista tardio e dependente, assim os serviços de saúde pública seguirão estas características, desenvolvendo-se paulatinamente ao lado da economia, a qual vai estabelecendo novas formas de relações sociais e políticas. Afirmção da economia industrial e a constituição da classe operária e em consequência as reivindicações por melhores condições de vida e de saúde favorecerão a formação de políticas públicas e em especial a de saúde.

De 1500 a 1890: Controle das doenças ou das pessoas?

O Brasil tem a sua origem marcada pelo feudalismo português mas, num período de transição em que os ideais feudais não conseguiam mais responder as necessidades e ansiedades sociais, políticas e econômicas da população. E também não haviam sido de todo abandonados, ou seja, o país nasce em uma fase de transição para o capitalismo, na fase mercantil.

Assim como tudo, a saúde era muito primitiva, se ainda não havia se desenvolvido nos países centrais tampouco no Brasil que estava em formação e era dependente desses.

Machado (1978) argumenta que durante o período colonial a saúde era pensada dentro do controle do exercício da medicina. Como não era permitido curso de nível superior no Brasil colonial, os médicos eram contratados do Reino e representavam o seu poder na

Colônia, já nessa época “O espaço e a função do médico aparecem então preenchidos pela saúde, como se ele fosse um dado natural e necessário [...]” (MACHADO, 1978, p.22), porém as ações médicas estavam mais para o controle do exercício da profissão do que para o atendimento às pessoas.

Moradores de vilas e cidades reivindicavam por médicos, e esses eram contatados pelo Rei através de cartas. Porém diante das poucas vantagens oferecidas pelo reino, tais como: baixa remuneração, distância dos medicamentos europeus e proibição de curso superior que, dentre outros, favorece ao desenvolvimento de uma medicina sem médicos, referindo-nos ao saber especializado intrínseco desta área. “Tais fatores fizeram com que a co-relação médico-doença fosse preterida por formas de cura referidas mais ao indígena, ao negro, ao jesuíta, ao fazendeiro do que ao próprio médico [...]” (MACHADO, 1978, p.25).

O médico, funcionário da corte, representava a autoridade do soberano e para a hegemonia desse poder houve necessidade de observação das práticas da medicina. Então a saúde, desse período (colonial), fica presa a ações fiscalizatórias, ou seja, no exercício “da arte de curar” que não era livre e tampouco especializado.

Machado (1978, p.26) nos diz que a saúde no Brasil Colônia era oficialmente representada pelo Físico-mor, o qual era encarregado pelo controle da medicina e pelo Cirurgião-mor que tinha poder similar em relação à cirurgia. A função do clínico do Reino acaba sendo restringida a fiscalização e autorização para o exercício de práticas médicas “Cabe apenas à máxima autoridade médica do Reino ratificar saber e competência, uma vez produzida autonomamente na experiência”.

Assim, a Fisicatura era como um tribunal. O Físico-mor uma espécie de juiz conferia a autorização da prática de medicina. Os candidatos eram submetidos a exame teórico e prático se aprovados recebiam “[...] carta de licença, selada e publicada, outorgada pelo Físico-mor em nome do Rei” autorizando o exercício da medicina em local e por tempo determinado “[...] a fiscalização é entendida como forma privilegiada de articular a atividade médica ao poder do soberano” (MACHADO, 1978, p.27).

Podemos observar no estudo de Machado (1978) que saúde, a partir do instante em que Portugal assume a administração do Brasil, ainda no século XVI, contou com a designação de um físico – em Salvador (BA) - que munido de documentos e Regimentos¹³

¹³ “Regimento de 1521 prevê a aplicação de multas para quem o transgride e a existência, para a sua execução, de “soldados de saúde” que andam armados e prendem o infrator, a pedido do Físico-mor” (MACHADO, 1978, p.27/28).

realizava a fiscalização da prática médica; Esse exerceu suas funções praticamente até o século XIX, com o advento da medicina social, pela separação entre médicos e cirurgiões.

Além do Físico-mor observar a prática médica, com o tempo vai ampliando a sua fiscalização aos boticários e boticas com o objetivo de controlar o preço e a qualidade dos medicamentos.

Pretendemos ilustrar que a saúde, por aproximadamente quatro séculos (1500-1900) ficou restrita a afirmação e hierarquia do poder médico, expressado por normas e instrumentos punitivos aos que transgredissem a lei, uma forma de controle. As ações do monarca tinham como objetivo dar respostas às irregularidades “[...] Não tem por objetivo promover a saúde da população como um todo ou a formação de profissionais da saúde, mas impedir casos particulares de abuso de atribuições [...]” (MACHADO, 1978, p.34-35). Secundariamente atingiram o problema da doença, quando causado ou evoluído com as práticas de medicina irregular ou com uso de remédios inapropriados, vencidos ou estragados.

No século XVIII, a Corte cria o Proto-Medicato¹⁴ como ação de saúde, todavia esse tinha o objetivo de estabelecer critérios legais para o exercício da medicina. Portanto, a concepção de saúde até o século XIX, se expressada pela Fisicatura demonstra maior preocupação jurídica que médica. “Seu objetivo não é a sociedade em geral, mas a própria medicina” (MACHADO, 1978, p.37). Por outro lado, se expressada pela Câmara Municipal ou outras instâncias de administração colonial, saúde apresenta uma conexão com a defesa da riqueza e do território nacional.

[...] É freqüente nos documentos a ênfase dada ao particular cuidado de Sua Majestade com a saúde dos povos e conservação do Estado. A população, vital para defender a terra e fazê-la produzir aparece como elemento a ser preservado em vida, como vassalos do Rei, povoadores de uma terra disputada e produtora. É neste contexto que sujeira e doença articulam-se como binômio a ser evitado [...] (MACHADO, 1978, p.43).

O planejamento de ações para a melhoria das condições de vida da população só será protagonista da história e saúde, no século XIX.

¹⁴ “Em 1782, D. Maria I criou a Junta do Pronto-Medicato, com o objetivo de fiscalizar o exercício da profissão. [...] Controlava o exercício da medicina e cirurgia permitindo a obtenção de diploma de licenciado a quem apresentasse certidão de exercício médico ou cirúrgico em qualquer hospital do Reino, passado por médico formado, e fosse aprovado em exame teórico que ele realizava. Controlava também a venda de medicamentos, obrigando todo boticário a tirar licença da Junta que, com esse objetivo, mandava um visitador averiguar a existência, os pesos e medidas, a limpeza de utensílios e o bom estado dos medicamentos, proibindo também a venda de medicamentos secretos,” (MACHADO, 1978, p. 36).

No entanto, medidas de controle, visando preservar o número de habitantes são adotadas pela Coroa,¹⁵ mas ao que observamos apenas em momentos de risco como, por exemplo: a ameaça de surtos epidêmicos, principalmente de lepra, constituindo a fiscalização nos portos e embarcações, essas ações não tinha continuidade. Em 1682, aparece a figura do Provedor de Saúde para fiscalizar embarcações, nomeado pela Câmara de Salvador, para evitar a entrada de peste na cidade.

A descontinuidade desses serviços no tempo e no espaço indica “[...] um dos aspectos da relação que o governo português estabeleceu entre a saúde dos habitantes e a sociedade: eles nunca se impuseram como alvo de uma reflexão ou ação constante do poder [...]” (MACHADO, 1978, p.45).

O Reino tinha necessidade de controlar a sua colônia, assim a saúde era instrumento para o cumprimento de normas e regimentos. As instâncias de administração da colônia como as Câmaras tinham uma ação lacunar, fragmentada e sem continuidade “[...] não orientada para o controle contínuo da cidade, o próprio cargo de Provedor de Saúde tendo tido uma existência provisória ou esporádica” (MACHADO, 1978, p. 48).

Tudo isso no mostra que “[...] a iniciativa de organizar o espaço social, visando a impedir doenças ou a aumentar o nível de saúde, parece não fazer parte da configuração deste tipo de poder” (MACHADO, 1978, p.49). A política de saúde fica durante todo o período colonial, incapaz de organizar sistematicamente medidas positivas para o funcionamento das cidades. As ações aparecem mais no sentido de normas ou observância de posturas que a busca por um padrão de vida em sociedade que lhes assegurasse a saúde.

A saúde da população está na dependência da presença de obstáculos; quando aparecem e são sentidos pelos habitantes como algo nefasto, a ser proscrito e, portanto denunciado, são afrontados pela Câmara de modo local, disperso e sem continuidade. A presença de um perigo dita medidas de defesa que não implicam a idéia de periculosidade e o projeto de prevenção (MACHADO, 1978, p. 51).

É importante dizer que a saúde, por um longo período, tem suas ações divididas entre a figura do médico,¹⁶ e da Câmara.¹⁷ O primeiro representado pela Fisicatura, que como

¹⁵ “É assim que em carta ao Rei sobre uma peste na cidade da Bahia, o Governador geral diz que os negócios se suspenderam e se fecharam os tribunais, que não havia ministro da Relação dos quais morreram quatro [...] e enfermaram os mais, como também os oficiais da Câmara, Casa dos Contos e alfândega para despacharem, nem pessoas que neles pudessem requerer, porque tudo está prostrado” (MACHADO, 1978, p. 44).

¹⁶ “Sua ação se concentra, principalmente, em uma terapêutica de tipo individual e curativa, sem nenhuma incidência direta sobre a vida da cidade como um todo. O médico da cidade e Câmara não é alguém encarregado de dirigir ou orientar os encargos de saúde – é, no máximo, assessor da Câmara nas visitas de saúde aos navios, feitas sobretudo quando há perigo de peste” (MACHADO, 1978, p.52-53).

vimos é responsável pela coibição de abusos e excessos de atividades do profissional da saúde, bem como, pelo impedimento da existência ilegal do mesmo. E o segundo responsável pela fragmentadas práticas de punição e controle ao aparecimento de sujeira e podridão relacionados ao aparecimento de doenças.

Tanto na ação do médico (prática médica) quanto da Câmara (prática política) está presente a característica de fiscalizar, visando punir os infratores, mas, sem criar condições gerais de controle e fiscalização. Isso reflete de forma negativa na vida da população, ou seja, na sua saúde. Na verdade, a atenção do Reino ao seu povo foi sendo estabelecida mais pela doença do que pela saúde, como exemplo temos o medo da peste e no tocante a sua conseqüente devastação populacional.

O poder português se exerce através de uma estratégia de fiscalização, não só porque privilegia economicamente o fisco, a cobrança de impostos, sem planificar a organização da produção e do comércio, como politicamente procura verificar, centrado na própria pessoa do Rei, se os súditos cumpriram suas obrigações e se não excederam em seus privilégios (MACHADO, 1978, p.57).

Elucidamos essa parte da história da saúde no Brasil, buscando compreender a forma de se fazer saúde na atualidade, acreditamos que se trata de um processo em permanente construção, no qual ações adotadas em um determinado momento não são abandonadas de imediato em outro período da história, assim, vão sendo paulatinamente transformadas em novas ações com resquícios da anterior. É importante conhecermos um outro aspecto relevante para a constituição da saúde pública no Brasil: o hospital.

Hospital: Casa de Saúde ou de Doença?

O hospital do período colonial é antagônico ao modelo que conhecemos na atualidade. Estes estabelecimentos eram fundados e mantidos por ordens religiosas e principalmente pelas Santas Casas de Misericórdia. Fundadas por irmandades de leigos com a função de assistência material e espiritual aos doentes.

Cabe ressaltar também que não havia um planejamento do funcionamento hospitalar. E quando se fazia necessário o internamento de algum enfermo o mesmo não tinha acompanhamento de técnicos, e muito menos da administração que inexistiam. “[...] O serviço de hospitalização da época colonial é fundamentalmente, uma atividade assistencial, destinada sobretudo aos doentes pobres” (MACHADO, 1978, p.66).

¹⁷ “Ação sempre realizada depois do aparecimento de algum fato que dificulta o funcionamento da cidade: animal morto nas ruas ou solto pela cidade, poças d’água impedindo a passagem, alimentos deteriorados, vendidos no mercado, etc” (MACHADO, 1978, p.54).

As solicitações referentes a construção de hospitais, feitas a Coroa requeriam mais assistência aos pobres, desvalidos e forasteiros do que tratamento e recuperação dos enfermos. Essas instituições eram privadas, não havendo por parte da administração pública iniciativas de construção e manutenção dos mesmos. “[...] A manutenção dos hospitais dependia da caridade dos habitantes – por intermédio de doação ou esmolas recolhidas nas ruas da cidade – do rendimento das tumbas e das arrecadações dos dízimos concedidos pelo Rei” (MACHADO, 1978, p.70).

Um outro aspecto que contribuiu, mesmo que secundariamente, para a formação dos serviços de saúde pública e ainda dentro da Instituição hospital, foram os pedidos por serviços hospitalares pelos militares. Diante da falta de recursos, material e humano, do hospital, este acabava sendo um locus de contaminação, evolução de enfermidades e mortes. Portanto, o risco de vida sofrido pelo soldado do Rei e, a falta de recursos financeiros da Corte para a manutenção do hospital levavam os responsáveis por esses estabelecimento a solicitarem auxílio financeiro da Corte, suscitando a necessidade de construção do Hospital Militar,¹⁸ que acabará sofrendo das mesmas carências que os demais, falta de preparo técnico e planejamento.

A construção do hospital militar ainda não significará uma mudança na forma de se pensar e se fazer saúde e tampouco de obtenção de cura. O médico ainda não terá função precípua, mas sim a figura do governador e do militar.

No entanto, o funcionamento mesmo do hospital militar obrigava ao registro e análise de casos, tendo como finalidade decidir sobre a baixa ou não de serviço. Cuidar do soldado enfermo e mantê-lo durante sua doença só tem sentido na perspectiva de sua reintegração à tropa, com o menor ônus financeiro possível (MACHADO, 1978, p. 127).

As preocupações com o soldado e os gastos dispensados pela recuperação de sua saúde, vão delineando possibilidades de um novo projeto de saúde “[...] O hospital não é mais uma exclusiva missão humanitária e religiosa. Ele será percebido como instrumento político, instrumento de governo” (MACHADO, 1978, p.133). Além de passar a representar espaço de cura, portanto, de ensino da prática da medicina.

¹⁸ Em 1769, o Hospital Real Militar, recém-criado, estabelece-se definitivamente no antigo colégio dos jesuítas, no morro do Castelo (MACHADO, 1978, p. 125).

Lepra: Um Viés para a Saúde Pública?

Contudo, as mudanças efetivas no funcionamento dessas Instituições só serão possíveis com a chegada da Corte em 1808, na cidade do Rio de Janeiro. Além dos hospitais, representados pelas Casas de Misericórdia, e do Hospital Militar são formados também os leprosários para atender os portadores da lepra, dentro da perspectiva da atenção religiosa à alma do condenado. Mas, já com indícios de preocupação com os resultados, como exemplo temos a epidemia de lepra, na cidade do Rio de Janeiro, em 1774, que leva o poder colonial a repensar o leprosário a partir de critérios médicos de localização, organização e funcionamento.

A mudança do atendimento ao leproso era inevitável, pois, dentro da concepção de causalidade, ou seja, a doença tinha uma causa: natural, relacionada à natureza ou pelas condições produzidas pelo homem. E no caso dessa epidemia de lepra, documentos apontam para a relação entre causas naturais (clima quente e úmido) e provocados pelo homem (formação da cidade sem nenhum planejamento), estabelecendo ensaios de reflexão sobre a doença.

Essa relação causal da doença permite a administração portuguesa fazer uma aproximação com a Medicina Social, a qual parte dos problemas, condições de vidas e susceptíveis ao aparecimento de doenças. Assim o cuidado com a lepra implicou no cuidado com a cidade e mudanças na sua formação.

[...] o grande perigo em que esta cidade se acha causado pelo mal contagioso da morfêia, porque já não há rua , nem praça onde se não encontrem os miseráveis leprosos, em também ribeiro ou fonte em que eles se não banhem, e por esta causa todas as águas estão infeccionadas e toda esta grande terra no risco de a devorar este tremendo fogo que em todo o Brasil se tem ateado [...] (MACHADO, 1978, p.134).

A necessidade de isolar os doentes, com rígido controle de sua circulação na área urbana e nos arredores, favorecerá a formação de um novo hospital dos lázaros, com significativas mudanças. A começar pela demanda do saber médico: “[...] o hospital deve ser edificado em local adequado e escolhido pelos professores de medicina” (MACHADO, 1978, p.140).

A lepra (doença contagiosa) começa a ser relacionada à cidade (lugar comum constituído de aglomerado de pessoas, água, ar, ruas e praças), tem como resultado o planejamento do novo hospital não só o local mas também a sua administração e funcionamento que gradativamente passam a obedecer a critérios médicos, caminhando progressivamente para mudanças de saúde.

A relação com a cidade se dá, sobretudo, pelo perigo que a lepra representava na devastação populacional, esta que por sua vez era útil e necessária ao Reino, posto que o simples isolamento das pessoas contaminadas do perímetro urbano, não oferecia resultados positivos. Assinala-se, então, à necessidade de repensar a doença a partir da vida em comunidade.

Nesse sentido, regras e normas são criadas para a chegada do negro,¹⁹ fazendo distinção entre a população e o escravo, inclusive, separando no ato da sua desembarcação o escravo doente do sadio, distinguindo saúde de doença. O escravo doente era levado para São Domingos, do outro lado da cidade, para ser tratado e depois reintegrado ao trabalho.

A visão de saúde, ou melhor, de doença, acaba tendo uma referência básica: a relação com a natureza que se corrompida causa enfermidades. Portanto, a preservação desse elemento natural implica em ações de saúde. Em se tratando da vida em sociedade urbana, algumas medidas vão sendo necessárias, como: controle urbanístico e de alimentos “[...] pensado tanto em relação à corrupção do ar da cidade – mercado de peixes, armazéns de carne seca, etc. – quanto como elemento que, ingerido, poderá ser prejudicial ou benéfico à saúde” (MACHADO, 1978, p.146).

A administração portuguesa vai além dessa relação de causalidade da doença, controlando a vida das pessoas, principalmente dos pobres, apontando a imoralidade como causa de doença.

[...] E não só apontam as causas morais, como também algumas soluções são propostas: por exemplo, evitar a vadiagem, conservando ocupados os indivíduos de ambos os sexos, e mesmo enviar para o campo famílias que vivem em promiscuidade, isto é, que não tem condições econômicas de viver na cidade porque comem, moram, dormem e respiram pessimamente (machado, 1978, p.146).

Na segunda metade do século XVIII, quando a Corte tematizava a ociosidade, trabalho e doença como desordem social, visava a manutenção do Brasil como colônia, portanto, o seu controle.

Chegada da Corte portuguesa no Brasil: o que muda?

Apesar do início das percepções das causas das doenças, ainda não se denomina o surgimento da Medicina Social, porque a presença dos médicos era ainda irrelevante e as intervenções eram descontínuas, não assumindo a responsabilidade de atuação nas condições naturais e sociais. A saúde para a Corte estava mais para o cumprimento de ordens do que

¹⁹ “[...] Amontoam-se nos locais mais à vista e ali respondem a todas as suas necessidades, causando o maior fétido e atentado à moralidade, situação que, em 1774, é dada como causa de uma epidemia de bexiga que matou mais de cinco mil pessoas” (MACHADO, 1978, p.142).

para mudanças qualitativas nas condições de vida geradoras de doença, situação que começa a sofrer sensíveis renovações com a chegada da Corte no Brasil, em 1808.

De forma muito deficiente, Dom João cria novas Instituições no país, fazendo do mesmo seu objeto de intervenção, de saber e conhecimento. Implanta aqui vários cursos, biblioteca nacional e novas relações econômicas.

Na saúde, como no modelo de polícia médica criada na Alemanha, por Johann Peter Frank, (através da obra publicada de 1779-1817), cria-se a Intendência Geral de Polícia²⁰ em 1808, para prestação de serviço ao desembargador e a saúde pública.

Como mencionamos anteriormente neste estudo, não era permitido curso superior na Colônia, com a chegada da Corte passa a ser estimulado, inclusive cursos de formação médica. Em 1808, são criadas as cadeiras para cirurgia e cursos de partos no Hospital Militar do Rio de Janeiro e da Bahia, assim a formação da medicina vai se ampliando refletindo nas suas práticas.

Em 1829, é criada a Sociedade de Medicina do Rio de Janeiro, representando a formação de um espaço cultural da medicina brasileira e da elaboração do conteúdo e implantação da medicina social, defendem também a prática legalizada.

A partir de 1822, com o rompimento da dominação portuguesa e a emancipação política, constitui-se o Estado Nacional, centralizador e absolutista, formado pelas oligarquias latifundiárias regionais.

A saúde ainda será realizada por meio das veleidades e da disponibilidade individual dos grandes senhores de terra ou da Igreja. Durante todo o período de dominação da coroa portuguesa e após o seu rompimento, com o Brasil a saúde da população continuou precária, e a assistência, longe de uma política nacional, ficou a mercê da benemerência dos que detinham poder, como ressalta MASSAKO (1994) em seu trabalho sobre saúde pública.

[...] como uma questão do domínio privado, familiar ou local e no máximo como um tipo de organização bastante precária e deficiente, as Comissões de Homens Bons (na Colônia), ou Probos (no Império), com funções filantrópicas e/ou fiscalizadoras, nas quais os proprietários rurais participavam com o intuito de obter prestígio social (MASSAKO, 1994, p. 28).

Assim, os serviços de saúde eram muito incipientes, e apesar das municipalidades terem o direito de legislar sobre a saúde, não houve normalização para os serviços sanitários. Apenas a partir de 1889 é que se pode verificar uma mudança no comportamento político em

²⁰“Nesse sentido, Intendência de Polícia e Provedoria de Saúde são poderes que se recobrem e se complementam em suas funções. O paralelismo existente entre ambas se expressa de maneira clara na criação, em 1810, do Instituto Vacínico, do qual fazem parte o Intendente de Polícia e o Físico-Mor” (MACHADO, 1978, p.170).

relação à saúde pública, como nos países centrais. No Brasil, os interesses que nortearam essas mudanças não eram decorrentes do bem estar ou qualidade de vida da maioria da população e sim interesses estritamente econômicos de uma minoria.

1889: As Primeiras Ações de Saúde Pública

As ações de saúde, como já enfatizamos, ficaram restritas aos serviços de caridade oferecidos pelos grandes senhores e/ou pela Igreja. Com as novas preocupações norteadas pelas relações econômicas, políticas e sociais, a política de saúde pública brasileira começa a ganhar vulto no interior do Estado.

O Estado implanta alguns serviços de saúde para o enfrentamento as doenças, as quais pudessem por em risco a vida das pessoas, principalmente em larga escala, a visão de saúde, na sua relação antagônica: a doença.

Observamos que o estabelecimento das ações de saúde estavam voltadas para questões econômicas, políticas e social.

A preocupação econômica, principalmente em relação ao comércio agroexportador e financiamentos, pode ser evidenciada na busca de transmitir uma imagem positiva, externa, do País. Assim, a saúde torna-se, secundariamente, alvo de medidas públicas, a saúde da sua população, dependia, especialmente, da redução e controle dos surtos epidêmicos. Mais tarde houve também a preocupação com a mão de obra trabalhadora, responsável pela produção.

O fator político é sugerido pela forma histórica de implantação da política social brasileira. A saúde como uma política social pública, em nosso país, esteve dependente da vontade política (governo) no sentido de implantação, execução e implementação, concedendo benefícios e controlando as insatisfações populares, bem como, instrumento para a legitimidade política e poder.

Social, devido a importância do protagonismo dos movimentos sociais que conseguiram reivindicar e conquistar direitos; em consequência, o direito à saúde.

Para Massako (1994, p.55-110), no período de 1889 a 1930, era muito forte a preocupação com o comércio, ficando a saúde como consequência das ações que visavam o desenvolvimento da economia. Afinal de contas quem gostaria de negociar com um país com elevadíssimos coeficientes de mortalidade por tuberculose, febre amarela, malária e varíola?

Como forma de atrair a atenção para o comércio, o governo brasileiro instituiu várias medidas de atenção às doenças, somente àquelas de rápida transmissão, pois poderiam prejudicar os negócios.

O controle de transmissão de doenças era uma preocupação internacional. Em 1851, é realizado em Paris o 1º Congresso Internacional de Saúde, com 12 delegados, esse evento discutiu as possíveis causas das doenças, expressando uma preocupação internacional com a saúde, refletindo posteriormente na formação das futuras organizações.

O governo brasileiro cria um decreto (1558) que data de 07-10-1893, colocando a carne de charque e outros artigos como inconvenientes à saúde. Porém, o poder econômico representado pela burguesia cafeeira e com base na ideologia liberal, derruba esse decreto alegando que tal medida dificultava o comércio externo.

Paradoxalmente, é a partir do ocorrido, que é criada, em 1894, a Diretoria Geral de Saúde Pública para diagnosticar os problemas de saúde que pudessem afetar a população. Essa Diretoria era subordinada ao Ministério da Justiça e Negócios Internacionais selando a relação de saúde com as questões econômicas e comerciais.

[...] Foi para combater as epidemias de varíola, peste e febre amarela nos grandes centros urbanos que, no final do século XIX e início do século XX, se estruturaram as primeiras intervenções ampliadas do Estado voltadas para a saúde da população. Essas epidemias estavam trazendo grandes transtornos para a exportação do café... (VASCONCELOS, 1997, p.144).

Assim, secundariamente, algumas ações de saúde pública vão sendo implantadas. Entre elas destacamos: a instalação de laboratórios para a produção de soros e vacinas, visando sanar as doenças infecciosas; o Butantã e Manguinhos, os quais foram criados a partir da chegada da peste bubônica em 1899, na cidade de Santos e depois no Rio de Janeiro.

Estranhamente as doenças acabam tendo um efeito positivo, o da prevenção, mesmo que secundário, pois, o objetivo primeiro era o de enfrentar às doenças que afetavam a economia. Os Institutos surgem para atender uma situação emergencial e curativa, mas posteriormente possibilitam a prevenção e a instalação de serviços de saúde.

Como o Brasil é um país dependente, as ações políticas e econômicas acabam sendo implantadas sob a imposição do imperialismo internacional. Na primeira década do século XX, na área da saúde, ocorreram as primeiras ações coletivas relacionadas a contenção e prevenção de doenças de rápida transmissão, focalizadas em áreas privilegiadas pela exportação, ou seja, nos principais portos do país (Santos, Rio de Janeiro e Recife).

Massako (1994) redargui que a política de governo dessa época dava ênfase à circulação de mercadorias e não para a produção brasileira, visto que a economia ainda era agroexportadora. Desse modo, a indústria nacional teve de aguardar mais de uma ou duas décadas para receber incentivo e apoio governamental para o seu desenvolvimento. Assim a

preocupação com a saúde, nesse período, ainda estava centrada nas áreas comerciais e financeiras de maior prestígio econômico.

Para o Estado tornar legítima as ações de saúde pública, eram necessários não só a organização interna mas também estabelecer o local e forma de trabalho de seus funcionários. E ainda contratar profissionais prestigiados e renomados na sociedade. Entre eles temos Emílio Ribas e Oswaldo Cruz, profissionais de reputação interna e externa, que são convidados a compor a direção da Diretoria de saúde, sendo eles os grandes precursores da saúde pública no Brasil.

Eles adotam o modelo americano de combate as principais doenças (febre amarela, varíola e a lepra). A Diretoria de Saúde Pública monta comissões e planos, contando com observador brasileiro in *lôcus* do trabalho americano, essa Direção era responsável em controlar os surtos epidêmicos.

Entendemos que a influência americana se dá em razão a hegemonia dos Estados Unidos no mundo, influenciando, no Brasil, a formação de alguns serviços de saúde, relativos às doenças debilitantes (ancilostomíase e malária), os quais contaram com convênios com a Rockfeller Foundation,²¹ que ofereceu subsídios técnicos e financeiros.

Essa Fundação, e a filosofia americana, estiveram muito presente na formação dos serviços de saúde brasileiros. Em contato com o governo, a Rockfeller Foundation, auxiliou a instalação dos postos de higiene permanente na segunda década do século XX. Posteriormente, em meados de 1950, a Rockfeller muda o foco de sua atenção das doenças e volta-se para a educação médica profissional (virilogia e depois medicina nuclear) até 1960 quando a Faculdade de Medicina da USP começa a assumir as dotações da Fundação.

Para Massako (1994), buscou-se implantar aqui, um modelo de saúde embasado na realidade e filosofia americana de enfrentamento às doenças. O paradigma de saúde dos Estados Unidos que serviu de molde para o início das ações de saúde brasileira, surgiu nos hospitais da marinha e seguiu portanto, os preceitos militares, dentro da linha de “combate ao inimigo”, ficando a origem das doenças (inimigo) intocadas.

²¹ Rockfeller Foundation: “A Fundação motivava o interesse dos Estados por determinados problemas. Propunha-lhes modelos de organização e operação. Fazia demonstrações orientadas para se constituírem em normas teóricas e práticas. Não descuidava da legislação necessária. Introduzia tecnologia e financiava os primeiros passos para deixar a totalidade dos custos e necessidades, gerados pelo modelo, nas mãos do governo” AGUDELO apud MASSAKO (1994, p. 40).

As Ações de Saúde Pública e a Revolta da Vacina

No início da República os serviços de saúde começam a ganhar espaço no interior da máquina estatal. Isso ocorre quando o presidente do Brasil, Rodrigues Alves – recém empossado em 1902 – preocupado com o comércio inicia o saneamento marítimo dos principais portos do país (Santos, Rio de Janeiro e Recife). Com essa atitude governamental as ações de saúde passam a ter expressividade já que a política de ampliação e modernização dos portos eram seguidas pelas campanhas de erradicação de endemias que envolviam, não somente a profilaxia e desinfecção das cidades mas também o e seu verdadeiro redesenhamento.

O governo em nome da economia internacional, ou seja, do comércio exterior e da economia cafeeira, a qual necessitava de financiamentos que vinham de fora do país (dilatando a dívida externa) lança providências de saúde altamente repressivas, arbitrárias, segregadoras e de contenção. Essas medidas não foram recebidas pela população passivamente, houve vários motins, culminando em um dos maiores movimentos sociais na área da saúde, a Revolta da Vacina, desencadeada em novembro de 1904, na cidade do Rio de Janeiro.

Segundo Sevcenko (1984), a população não obstava contra a vacina, mas contra a política injusta, repressiva e violenta imposta pelo Presidente, reforçada pelo prefeito da cidade, Pereira Passos e pelo jovem médico Oswaldo Cruz, diretor da Diretoria de Saúde Pública, que seguiu o ritmo da política estabelecida.

A campanha da vacina obrigatória previa além da vacinação em massa e forçosa, reexames e multas, não sendo colocadas como livre-arbítrio para que a população decidisse e espontânea vontade decidir. Além, de não considerar as pessoas passíveis de entendimento quanto à importância da vacinação, também implantou outras medidas como: a criação de impostos, e o redesenhamento do Rio de Janeiro, tendo esta última expulsado, praticamente os pobres do centro da cidade.

A política econômica federal e municipal, adotada neste período, teve grandes consequências para a maioria da população que foi afetada com os impostos, dispensa maciça de funcionários, suspensão de pagamentos etc. Para o redesenhamento da cidade foi criada uma lei municipal que previa a demolição dos grandes casarões (onde famílias inteiras alugavam cubículos) que segundo as autoridades da época, constituía-se em lugares insalubres, os quais além de contribuíam para a formação de aglomerado de pessoas no centro

da cidade. Assim, com a demolição desses casarões uma multidão de pobres ficaram desabrigados.

Todas essas medidas contribuíram para que os principais afetados se mostrassem revoltosos, porém não contra toda a situação política, mas apenas com o que lhe parecia mais próximo e concreto. Isso irá ser expressado com o posicionamento da população, de total descontentamento frente a obrigatoriedade da vacina antivariólica.

A Revolta da Vacina foi combatida veementemente não poupando vidas. A população além de não contar com os mesmos recursos que o governo, também demonstrou a sua fragilidade em relação aos políticos da oposição que tentaram tirar proveito da situação, planejando inclusive a tomada do poder. Mesmo numa relação desigual e sob lideranças de interesses duvidosos, o povo lutou até que o governo revogou a obrigatoriedade da vacina, como se estivesse sanando a causa do movimento, a população refluí. Assim o governo pode dar continuidade a sua política de saneamento marítimo, terrestre e de redesenho da cidade.

Dentro deste contexto podemos afirmar que as primeiras ações de saúde pública têm um caráter extremamente violento e autoritário. No Rio de Janeiro, o Prefeito e o Diretor de Saúde Pública tinham plenos poderes para a execução de suas políticas, contaram com a aprovação de lei permitindo invadir, vistoriar, fiscalizar e demolir construções, sendo vedado ao povo recorrer às possibilidades de recursos a justiça comum.

As ações de saúde pública adotadas estavam próximas ao conceito de “polícia médica”, proposto por Frank na Alemanha, adotado por Dom João ao transferir a Corte para o Brasil, não só no sentido de sistematizar as ações, mas também ao utilizarem força e poder.

Sevcenko (1984) faz alusão às referências de Euclides da Cunha, o qual refere que além do acentuado número de mortes ocorridas em decorrência da Revolta da Vacina, ainda houve após o seu término a perseguição aos possíveis participantes. A Revolta da Vacina contou com a participação de políticos, estudantes, operários desempregados e até militares, porém a perseguição realizada pelo governo e seus agentes resumiu-se aos pobres, sob a justificativa de que eram pessoas incontroladas. Muitos desapareceram, outros foram presos e banidos para a Amazônia.

Dessa forma, na época em questão, a ação da saúde pública manteve a postura de controle, iniciada no período colonial, sendo os serviços de saúde uma forma do governo se manter informado sobre o seu povo.

[...] A atuação arbitrária dos fiscais, médicos e enfermeiros da Saúde Pública, a fiscalização sanitária penetra sorrateiramente na privacidade dos lares e na intimidade dos corpos. Quais as casas são passíveis de demolição. Quais corpos devem ser internados (SEVCENKO, 1984, p.78).

O Prefeito Engenheiro Pereira Passos, promove a política do bota fora, a qual consistia em indenizar famílias, sanear o Rio de Janeiro. Sevcenko (1984) nos diz que as demolições previstas para o redesenhamento da cidade e a construção da avenida Rio Branco deixaram mais de 14.000 pessoas desabrigadas e o pagamento de indenizações insuficientes.

O centro ficou na mais perfeita ordem, livre de doenças, com amplas avenidas, imóveis a preços que só a burguesia, ainda incipiente, podia pagar e dar grandes festas. Enquanto que na periferia, principalmente nos morros, faziam-se casas de latas, madeiras, sem as mínimas condições de infra-estrutura, higiene ou água corrente, iniciando o processo de favelização do Rio de Janeiro.

Rodrigues Alves, apesar de não ter conseguido resolver os problemas das desigualdades sociais e das conseqüentes doenças, cria uma imagem irreal de ordem e ausência de problemas ao transferir as famílias empobrecidas, mendigos, animais de criação e de subsistência do centro para a periferia. A sua política saneadora lhe rendeu honrosa menção Internacional.

Na verdade o enfrentamento político da questão social não resolveu o problema, longe disso, transferiu para longe dos olhos o que incomodava. Esse comportamento é parte inerente de um processo industrial que engenhosamente, separa dos olhos do público aquilo que não é bem visto, por exemplo: os animais passam a serem mortos e preparados para o comércio longe dos açougues, as cozinhas passam a serem cômodos reservados das casas, padarias, confeitarias, tudo passa a ser preparado longe dos olhos do público, cresce também a indústria alimentícia com produtos pasteurizados e enlatados. O trabalho passa a ser realizado dentro da indústria, longe do alcance da visão.

Essa visão de excluir o que incomoda, motivará a formação de instituições, reforçando a importância de sanatórios, prisões, hospitais, asilos, albergues e necrotérios “[...] Essa sociedade que não suporta ver o trabalho, também não suporta ver o mundo da doença, rebeldia, loucura, velhice, miséria ou da morte [...]” (SEVCENKO, 1984, p.82).

Assim, a constituição dos serviços de saúde passa a idéia de uma coisa pronta, acabada e concedida. Como as mercadorias das padarias e restaurantes, como se os mesmos pudessem ser independentes do ser humano. Mostra-se a noção de bem-estar e não de uma política justa, necessária e conquistada, visto que empana o brilho dos movimentos sociais e

conseqüentemente das críticas, levando a despolitização e manutenção da ordem política vigente.

Verificamos, neste início do século XX, que apesar de ser iniciados alguns serviços de saúde, estes se deram em decorrência à preocupação econômica pois, nem todas as doenças eram alvo de atenção governamental, mas somente aquelas que colocavam em risco o comércio agroexportador. As ações de saúde eram direcionadas aos principais Portos e Estados onde estavam sendo construídas, estradas de ferro, hidroelétricas ou outras grandes obras que pudessem ser interrompidas devido a possíveis surtos de doenças. O que nos permite inferir que para o bom andamento do trabalho era necessário à saúde dos trabalhadores.

No começo do século XIX, o governo buscou estratégias para combater às doenças transmissíveis, sendo esta uma exigência internacional e também uma forma do Estado receber legitimidade política.

Os imigrantes constituíram-se, dentre outros, em importantes protagonistas políticos na organização da classe operária frente à busca de implantação de direitos. Na verdade a política imigratória adotada no final do século XIX, estava voltada para a agricultura.

A política de imigrantes transmitia uma imagem do Brasil como um país atraente para o futuro colono. Neste período a economia cafeeira já demonstrava sinais de crise, assim a chegada dos estrangeiros favoreceram ao aumento da população e conseqüentemente a mão de obra excedente, principalmente nas regiões menos produtivas do país. Nestas eram dispensadas maiores cuidados com a saúde do trabalhador, especialmente da zona rural uma vez que havia mão de obra sobrando.

No início do século XX, a indústria era ainda muito incipiente, mas se expande a partir da segunda década deste período, contribuindo de forma decisiva para a responsabilização do Estado pelos serviços de saúde pública, além disso, possibilitou a formação da Política de Seguridade Social brasileira.

Sistema Previdenciário e as Conseqüentes Ações de Saúde Pública

A partir do século XX, temos uma mudança de posicionamento do governo frente à economia. Isso pode ser observado na Primeira República (1899-1930) que é marcada pela influência do positivismo de Augusto Conte. Nesse período o Estado assumirá uma dimensão mais abstrata, saindo da posição concreta de senhores de escravos e ordens religiosas,

estabelecendo-se em uma organização burocrática, com corpo de funcionários próprios, impondo uma ordem pública em relação ao trabalho e à educação e saúde pública.

Verificamos que em meados de 1920, há um favorecimento à implantação de políticas públicas, visto que o Estado alia-se e integra-se aos valores burgueses, para buscar a sua legitimação política e o seu “controle” econômico e social por meio de alguns serviços. Assim a política de saúde amplia suas atividades.

As ações seguiam o modelo campanhista policial.²² Não consideravam os seres humanos, principalmente pobres e negros, competentes a compreenderem as causas das doenças, ou de terem direitos, sendo os serviços estabelecidos numa relação vertical, com imposição de normas e segregação social, desconsiderando o conhecimento popular. Com o código sanitário em 1918, iniciam-se campanhas de educação em saúde, voltadas para a questão do saneamento (sanear é a grande questão nacional) e controle de endemias. Podemos afirmar que “[...] Suas práticas eram normativas: os técnicos tinham um saber científico que deveria ser incorporado e implementado pela população ignorante [...]” (VASCONCELOS, 1997, p.144).

Contudo, o código sanitário de 1918 garantiu espaço para os serviços de saúde no interior do Estado ampliando as ações como: serviços de proteção a Infância, Inspeção de amas de leite, profilaxia em geral, enfatizando as campanhas sanitárias.

Podemos dizer que até 1920 os serviços de saúde pública, foram caracterizados pela busca de reconhecimento do Estado por essa área de atuação, bem como, a organização institucional legitimada pelo saber científico e serviços hospitalares, laboratoriais e de isolamento.

Em 1925, houve a Reforma Sanitária, a qual foi resultado de 36 meses de estudos e árduas discussões na Câmara de Deputados e Senados Estaduais. A mesma refletiu na abrangência dos serviços de saúde pública e não só do controle de doenças de rápida transmissão e de ações propostas pelo código de 1918, mas também incorpora a higiene do trabalho, a área do escolar, da lepra, da fiscalização domiciliar e da farmácia.

Data da década de 20, o início do Sistema de Previdência brasileiro, nessa época alguns serviços de saúde pública como: profilaxia, controle e inspeção de doenças, dentre outros, já existiam. Porém, a partir da instituição da Previdência nas indústrias de maior

²² Campanhista-policial: “O modelo de intervenção estatal em saúde a que se convencionou chamar de “polícia sanitária” tem suas origens na forma clássica, na Alemanha absolutista e cameralista do século XVIII, como resposta às demandas do Poder Nacional por uma população densa e saudável, sob o controle do governo. Registrar, proteger e regular a população é o que pretende a polícia, mais sob a ênfase do aumento do poder do Estado que da melhoria das condições de vida da população”. (JUNIOR, 1998, p.93).

expressão, houve a possibilidade do desenvolvimento da clínica médica individual, pois, esta passa a ser oferecida aos trabalhadores e seus dependentes conveniados com o Sistema Previdenciário.

A partir do decreto 46825, de 24 de janeiro de 1923, com a Lei conhecida pelo nome do seu autor, Eloy Chaves, institui-se as Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAP's). Origina-se, então, o Sistema de Previdência brasileiro que, num primeiro momento, por meio da contribuição reconhece alguns direitos dos trabalhadores, inclusive a assistência médica que posteriormente se tornará universal. Mas como marco inicial de benesse/concessão e não de direito, característica que ainda acompanha a política de saúde pública.

Buscando atender os assalariados urbanos de setores expressivos da economia, as CAP's são instituídas primeiramente aos ferroviários, e estavam vinculadas ao ministério da justiça: "O caráter assistencialista e não universalizante do seguro social, que na prática prevalece até hoje, elegendo como população alvo, os grupos assalariados dos setores de maior peso econômico e politicamente mais mobilizados" (COHN, 1996, p.14).

Segundo Cohn (1986, p.11-18) as CAP's tinham um caráter controlador no sentido de conter as greves e as revoltas dos trabalhadores assegurando o andamento da produção, com a dedicação dos trabalhadores nos seus serviços.

Cohn (1986) explana que este seguro contava com financiamento tripartite: empregados (1% da renda da empresa), trabalhadores (3% do salário) e Estado (1,5% referentes a tarifas).

O Estado criou novos impostos, para custear a parte que lhe cabia no financiamento da Previdência. Assim os trabalhadores acabaram arcando com o Sistema duplamente, primeiro com a contribuição compulsória e depois por meio de impostos indiretos, que na verdade foram repassados aos trabalhadores, com o consumo de bens e serviços.

Percebemos que tanto a Previdência, quanto a política de saúde pública foram instrumento para relação do Estado com a sociedade, sendo esses benefícios implantados no sentido da concessão e não como direito, tecendo a raiz histórica do direito aliado a contribuição, favorecendo a mescla entre saúde e sistema previdenciário.

O ensaio histórico percorrido neste trabalho, nos revelou que a atenção à saúde da população empobrecida, era oferecida através da filantropia e da igreja católica. Pois, não havia os serviços de atenção básica, que temos hoje, tampouco o direito universal de acesso. Dessa maneira podemos afirmar que a assistência médica oferecida aos trabalhadores e seus dependentes era oportuna, visto que "concedia um triplo privilégio" à classe trabalhadora.

O primeiro privilégio relaciona-se a possibilidade de receber assistência em uma necessidade comum a todos os seres humanos: a saúde. Como este era um serviço direcionado especificamente a uma pequena parcela da população, e somente aquele que contasse com trabalho, caracterizando para nós em um segundo privilégio: estar empregado formalmente. Por ter sido, o Sistema de Seguridade, implantando em empresas de maior expressão econômica do país, o trabalhador tinha um certo status (terceiro privilégio), pois, estava vinculado a uma grande empresa.

Evidenciamos assim, que apesar da classe trabalhadora custear os possíveis benefícios viabilizados pela Previdência, via-os como concessão (e nunca dentro do patamar de conquista) e agradecida mantinha o bom andamento do trabalho dentro da ótica “ordem e progresso”.

A associação da política de saúde pública ao Instituto Nacional de Seguro Social (INSS) e conseqüentemente do direito enquanto concessão e não conquista, foi sendo internalizado pela população, devido à forma excludente presente no período de sua implantação e durante a longa caminhada da política de saúde até a promulgação da Carta Constituinte de 1988.

Assim, a saúde foi se institucionalizando como área de intervenção estatal, objetivando a sobrevivência e manutenção da mão de obra trabalhadora num processo contraditório entre acumulação e equidade.²³

A política social pública brasileira, incluindo a saúde, sempre foi promovida através de contribuição compulsória. É o que Santos (1987) denominou de “cidadania regulada”, ou seja, são cidadãos, para efeito de benefícios sociais, aqueles que possuem registro em carteira de trabalho. A mudança dessa concepção e no funcionamento da política social pública, inclusive de saúde, só foi possível a partir de 1988, quando a saúde é garantida como direito universal.

Santos (1987) resgata a instituição histórica da política social pública brasileira como uma necessidade do Estado interferir nos conflitos sociais, gerados a partir da desigualdade social provocada pelo sistema capitalista, ou seja, sistema de acumulação. Assim a política social foi se constituindo mediante o vínculo entre operário e o trabalho, visando à maximização da acumulação e minimização dos conflitos, tendo-se iniciado no primeiro

²³ “[...] entender-se-á por equidade o ideal de reduzir ou extinguir desequilíbrios sociais e por acumulação as ações destinadas a aumentar a oferta de bens e serviços disponíveis” (SANTOS, 1987, p.13).

governo de Vargas²⁴, o qual teve como estratégia à regulamentação das relações de trabalho garantida mediante contrato registrado em carteira de trabalho, na década de 1930

A assistência de saúde instituída pela Previdência Social possibilitou, dentre outros, o crescimento da compra de serviços médicos, através de empresas dando consistência ao modelo hegemônico de saúde da atualidade: o modelo médico assistencial privatista.

As dificuldades econômicas oriundas do sistema capitalista e provenientes de vários fatores como: processo de industrialização muito incipiente; aumento populacional devido à falta de planejamento e também em decorrência da política imigratória estrangeira, agravada ainda pela crise cafeeira que automaticamente expulsava os trabalhadores rurais para a cidade, e nos efeitos da primeira Guerra Mundial. Esses fatos levam o Estado a ter uma atuação maior no mercado de trabalho, implantando a Previdência em alguns setores da economia e também no estabelecimento de políticas para o enfrentamento das dificuldades.

Reforçamos que as medidas governamentais foram sendo tomadas na medida em que movimentos sociais ganharam forças, por meio da classe operária urbana sendo necessário ao governo harmonizar a relação capital-trabalho. Assim, o crescimento do movimento operário, a concentração e monopolização do capital e a crise econômica mundial de 1929, atingem o ideário liberal, provocando o seu enfraquecimento.

Os pressupostos liberais vinham sendo questionados, e na busca de soluções para a crise econômica, John Keynes propõe a intervenção do Estado no mercado, com mecanismos de estímulos ao investimento buscando reativar a economia e enfrentar ao desemprego. Para atingir esse objetivo, Keynes acreditava que era necessária a incorporação de seguros e auxílios aos setores sociais setores excluídos do consumo através de seguros e auxílios. Porém, a prestação de assistência social não deveria ser jamais superior ao salário daqueles que trabalhavam.

Essas idéias impulsionaram a implantação de seguros sociais na Europa e no Brasil.

1930: Implantação de Políticas Públicas

O Estado retoma suas funções mediadoras, alicerçadas na revolução teórica de Keynes, implantando um novo padrão de proteção social, o Welfare State²⁵ ou Estado de Bem Estar Social.

²⁴ “[...] duas medidas estratégicas tomadas pelo governo revolucionário de Vargas. Primeiro, a criação, em 04 de fevereiro de 1931 (Decreto 19.667), do Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio, ao qual seriam providos meios materiais e humanos para a execução e fiscalização da legislação trabalhista e Previdenciária. Em segundo lugar, a criação da carteira profissional obrigatória para os trabalhadores urbanos, pelo Decreto 21.175, de 21 de março de 1932, sucessivamente regulamentados pelos Decretos 21.580 (29 de junho de 1932) e 22.035 (29 de outubro de 1935)” (SANTOS, 1987, p.27).

No Welfare State predomina o discurso de igualdade. As políticas sociais que apregoa são de acesso universal e são concebidas como direito social; Esse Estado é característico dos países capitalistas mais avançados, em que há programas especiais para as pessoas em situação de vulnerabilidade: crianças, idosos, desempregados e trabalhadores de baixa renda.

Na Inglaterra, Willian Beveridge inaugura um amplo sistema de Proteção Social, implantado em vários países do Norte da Europa. Esse sistema era orientado por princípios universalizantes de atendimento tais como: uniformidade quanto ao montante e modalidade dos benefícios, unificação do aparato institucional e combinação da lógica contributiva e não contributiva no financiamento do sistema de proteção social. Na Alemanha há a criação do seguro social mediante o custeio por parte dos trabalhadores e empregados.

Assim, o Brasil investe na política de seguridade social, mas dentro da lógica de contribuição prévia, característica que marca também a história da assistência à saúde, uma vez que o direito estava relacionado ao pagamento antecipado do benefício, e ainda hoje é válido para o seguro saúde, em casos de doença.

Nesse contexto, as políticas sociais brasileiras, inclusive a assistência à saúde, iniciadas em 1920, com as CAP's, serão alvo de atenção do governo de Getúlio Vargas que investe na relação entre Estado e sociedade, buscando a integração do mercado interno e desenvolvimento da industrialização.

Sua política trabalhista e populista controlava as greves e os movimentos operários, estabelecendo o sistema de seguro social que foi gradativamente implantado com os Institutos de Aposentadoria e Pensões (IAP's). Esses Institutos absorveram as CAP's. Em 1930, é criado o Ministério do Trabalho Indústria e Comércio.

Assim, de 1933 a 1938, houve um crescimento significativo das empresas que contavam com o Sistema de Previdência. Em 1930 havia, 47 CAP's, e em 1936, 183, mas esse número era ínfimo diante da demanda. Neste período as CAP's foram unificadas e absorvidas pelos IAP's e estruturadas por categorias profissionais e não mais por empresas.

O IAP's passaram a congregiar às seguintes classes de trabalhadores: marítimos, estivadores, bancários, industriários e posteriormente os trabalhadores de ferrovias e serviços públicos. Empregadas domésticas, autônomos urbanos e trabalhadores rurais passaram a integrar a Previdência Social, somente a partir de 1970. Os benefícios e serviços prestados

²⁵Estado de Bem Estar Social "Refere-se a proposta de intervenção estatal, dominante após a Segunda Guerra Mundial, nos países centrais, que garante a realização de políticas sociais implementadas pelo Estado na perspectiva de garantia de mínimo sociais relativos a seguridade social, Educação etc". (CABRAL, 200, p. 120).

não eram uniformes, ou seja, eram diferenciados por categorias e contribuições. O objetivo ainda era o controle dos trabalhadores, almejando conter as greves, insatisfações, e garantindo simultaneamente a produção.

O Estado brasileiro implanta programas de atenção parcial as pessoas em situação de vulnerabilidade: crianças, idosos, desempregados e trabalhadores de baixa renda. Porém, com uma política social voltada para o “controle” e não para o Welfare State.

Cohn (1986, p.14-15), argumenta que a partir dos IAP's, o Estado estabelece uma relação verticalizada com os trabalhadores conveniados com a Previdência, ou seja, as decisões são tomadas sem considerar o posicionamento dos trabalhadores. Apesar dos IAP's contarem com colegiados constituídos de patrões e empregados, todo o controle passa a ser do Estado, os trabalhadores perdem o poder deliberativo que tinham nas CAP's.

Nos IAP's o comando é centralizado diretamente no Estado, com de um funcionário oficial, sendo os representantes dos trabalhadores escolhidos pelos sindicatos reconhecidos pelo governo, ou seja, aquele que o Estado tinha um controle sobre as suas eleições, finalidades financeiras e atuação. Todo esse processo nos leva a entender que a política de seguro social não garantiu a participação da população usuária e contribuinte no seu interior.

Em 1930, houve forte pressão de militares e intelectuais para a criação de novos serviços de saúde pública. Essa tensão contribuiu para a absorção da área de saúde pelo Estado.

A falta de participação popular ativa nessa política pode ser vislumbrada na Reforma Sanitária de 1931, a qual não contou com grandes discussões “[...] ficou conhecida apenas pelas autoridades que a elaboraram, pelo secretário do Interior e Interventor que assinou [...]” (MASSAKO, 1994, p.51). Contudo, possibilitou a ampliação da política de saúde pública que passa a abarcar outras doenças tais como: tuberculose, sífilis, doenças venéreas, assistência dentária, defesa contra febre amarela, aumento dos centros de saúde etc. Possibilitando também a criação do Ministério da Saúde em 1931, Federal e Estadual: a Secretaria de Educação e Saúde Pública, assim, alargam os serviços de assistência médica, inclusive estabelecendo a política materno-infantil.

Esses se avolumam não só em demandas distintas mas também em relação à burocracia, autoridade e recursos. Os interesses que nortearam a implantação dos mesmos eram, sobretudo, econômicos, políticos e de ordem internacional.

Nesse contexto, houve modificações nas diretrizes das várias políticas e desvio de recursos. Um exemplo deste último foi o que aconteceu com o montante financeiro arrecadado para a manutenção e investimento do Sistema Previdenciário Brasileiro, que foi

explicitamente desviado e, dentre outro, utilizados para o desenvolvimento da indústria de base como, por exemplo: Cia. Siderúrgica Nacional, Refinaria de Cubatão, Cosipa, dentre outras.

No segundo Governo Vargas temos a construção dos grandes hospitais brasileiros, e nesses prevalecem o modelo de saúde americano, adotado no início do século XX, voltado as primeiras ações de saúde. Essas casas incorporam uma tecnologia de alto custo e favorecem o fortalecimento da indústria farmacêutica e de equipamentos hospitalares.

Verificamos assim, maior investimento na saúde curativa em detrimento a preventiva. Fato observado na 1ª. Conferência Nacional de Saúde²⁶ (CNS), ocorrida em 1941, a qual se preocupou também com a organização sanitária nos níveis estaduais e municipais, com os serviços de saneamento, ações de proteção materno-infantil e com as campanhas nacionais contra tuberculose e a hanseníase.

A 1ª. Conferência foi palco de críticas às ações de saúde, principalmente as relativas ao tratamento hospitalar de tuberculose. Massako (1994), redargüi que nessa época as pessoas portadoras dessa enfermidade chegavam a ficar até 350 dias internados para o tratamento. Dado ao alto índice de mortalidade, apontam também a sua ineficácia e o alto custo do mesmo. Contudo, a CNS acabou por enfatizar a necessidade da expansão do número de leitos em hospitais gerais e sanatórios o que culminou na constituição de 1946, a qual “[...] prevê a construção de novos hospitais para atender os flagelos sociais, dentre eles a tuberculose [...]” (MASSAKO, 1994, p.75).

Em 1940, a política de saúde pública continuou sendo alvo governamental e, direcionou esforços para a construção e melhorias de hospitais, investindo na alta tecnologia e novos serviços. Podemos ressaltar o da política de atenção à criança, que levou a criação do Departamento Nacional da criança, no mesmo ano. Talvez em decorrência dos efeitos da 2ª. Guerra Mundial questões como: fome e desnutrição passam a ser alvo de cuidados da sociedade e do governo, dando origem portanto, originando em políticas de assistência social, como por exemplo, o fornecimento de leite, que ficava a cargo da Legião Brasileira de Assistência (L.B.A).

A partir de 1946, houve também o crescimento da manifestação da classe trabalhadora, cujo grupo reivindicava o controle dos IAP's, visto que o ritmo de industrialização acelerado, especialmente na década de 50, favorecia a expansão do sistema

²⁶ Em conformidade com o disposto na Lei 378, de 13 de janeiro de 1937. Disponível em <br.fiocruz.com.br/historia/Conferencias.htm> Acesso em 22/03/2004

de seguridade social, em volume de recursos e de clientela a ser atendida. Mas mesmo com as reivindicações esse sistema continuará organizado praticamente da mesma forma até meados de 1960.

Como podemos perceber a ênfase na saúde pública foi acompanhada de outras políticas, que miravam o controle social e o bom andamento da economia. Além disso, temia-se a propagação do comunismo como forma de governo e na perspectiva de evita-lo é que foram se estabelecendo algumas políticas, apoiadas internacionalmente. Como a do Presidente Truman dos Estados Unidos, que adotou plano de fornecimento de alimentos, rações e incentivo a produção agrícola aos países dependentes, “[...] justificando, ideologicamente que povos famintos poderiam tornar receptivos ao comunismo [...]” (MASSAKO, 1994, p.99). Assim, foi realizada em Petrópolis (RJ) no ano de 1947, a 1ª. Conferência Interamericana para a manutenção da Paz no Continente, prestigiada pelo chefe de Estado americano.

Ainda na década de 1950, são criados os centros sociais rurais, que tinham como propósito o controle de endemias, como erradicação da malária e combate a moléstia de chagas, inclusive de âmbito rural. As ações dessas Unidades eram desenvolvidas dentro da concepção de desenvolvimento comunitário.²⁷ Em 1953, ocorreu a 2ª. C.N.S.,²⁸ iniciando discussões sobre a descentralização das ações de saúde.

Na busca de legitimação política, frente à insatisfação popular, o governo traça medidas sócio-econômicas, que objetivam a implantação e implementação de políticas públicas, as quais garantiam a ordem, a paz e o progresso, dentro do prisma da hegemonia do capitalismo. Em 1960, é promulgada a Lei Orgânica da Previdência Social (LOP’s).

Apesar da LOP’s ser proclamada sob forte pressão dos trabalhadores, a mesma acaba se cristalizando com a reduzida participação dos mesmos na sua gerência e controle.

Militarismo e a Política de Saúde Pública

A década de 1960 é marcada pela tomada do poder político pelos militares, arrocho salarial, censura etc. O militarismo submeteu os trabalhadores e a sociedade a um sistema repressivo e autoritário.

²⁷ “Nos anos 50, aparece a proposta de “desenvolvimento da comunidade”, criadas por instituições americanas envolvidas com a política de ajuda e sedução a países subdesenvolvidos no contexto da guerra fria... [...] o exemplo típico dessa visão foi o Sesp – Serviços Especiais de Saúde Pública – autarquia inicialmente financiada pela Fundação Rockefeller que implantou uma série de unidades de saúde no interior do país, onde pioneiramente combinavam-se ações curativas com ações preventivas e onde se desenvolviam práticas educativas voltadas para a comunidade na perspectiva de seu desenvolvimento sócio-sanitário. (CARVALHO, 1995, p.16).

²⁸ “As duas primeiras – em 1941, com Gustavo Capanema, e em 1950, com Pedro Calmon – trataram de firmar um campo institucional próprio ao sanitário, então vinculado ao Ministério da Educação e Saúde” (Tema 7 – RADIS apud FLEURY, 1991, p. 13).

Verificamos que até 1960, principalmente no Estado Novo (1945-1960), era dada uma ênfase maior às questões de organização e planejamento no interior do Estado. Dando origens à racionalidade técnica e apontando para a necessidade de ações elaboradas, na área da saúde. A prática de planejar era prioritária para a cooperação internacional, recomendando a formulação de planos nacionais, inclusive do conselho da Organização dos Estados Americanos (OEA) considera “[...] que seja incluído os programas de saúde pública, que são essenciais e complementares ao econômico [...]” (MASSAKO, 1994, p.107).

O planejamento era uma prática necessária, considerando os fatores sociais na saúde e no desenvolvimento econômico. Mas observamos que o discurso da política de saúde, nesta ótica, estava envolto pelos interesses do lucro e da iniciativa privada que fortaleciam as práticas voltadas para as ações de saúde particular. Como exemplo temos o exame de abreugrafia utilizado para o diagnóstico da tuberculose que passou a ser exigência para admissão de trabalho, obrigatoriedade posta pela Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT). Desse modo, ampliou-se a necessidade. Assim, houve a intensificação da necessidade de se elevar o padrão tecnológico para diagnosticar e tratar de doenças. Tal medida favoreceu ao desenvolvimento do capital industrial na área da saúde. Isso fica evidenciado principalmente durante o governo militar.

Nesse a questão do planejamento social e econômico continuou, mas dentro dos paradigmas de centralização, racionalidade técnica e burocrática. Em 1963,²⁹ de 09 a 15 de dezembro, aconteceu a terceira Conferência de Saúde, a qual visou a formação de pessoal técnico, buscando integrar os programas de saúde no plano geral de desenvolvimento econômico, e, dentre outros ao fortalecimento da indústria farmacêutica estatal.

O regime militar, serve-se de políticas públicas, como justiça social, estranhamente dada e concedida, como meio de enfrentamento às insatisfações com o seu governo, levando a população atendida a internalizar sentimentos de gratidão. Contudo, a população consegue demonstrar o seu desagrado com aquela administração, o qual rapidamente implanta políticas sociais, forma secular de obtenção de legitimidade política. Assim, houveram inúmeras medidas sociais modificando e ampliando o sistema previdenciário.

Em 1966, os IAP's são reunidos num único órgão estatal, o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), com a administração totalmente centrada no governo federal, e

²⁹ “A 3ª. Conferência ocorreu durante o governo João Goulart, época de reformas de base, sendo ministro Wilson Fadul. Os temas abordados foram a situação sanitária, a municipalização e a política Nacional de Saúde. Foi a primeira conferência que tentou, de fato, discutir uma política setorial (Tema 7 – RADIS – apud FLEURY, 1991, p.13).

com decisões tomadas do alto escalão. O INPS tinha a função de gerir as pensões e assistência médica aos trabalhadores, mas seus recursos financeiros serviram à criação de obras faraônicas, sem planejamento, como a Transamazônica e a Usina Nuclear de Angra das Reis.

A dinâmica que a saúde seguiu não foi diferente. Essa era altamente burocrática e atendia a interesses particulares, geralmente traduzidos por quem queria comercializar a saúde. Nesse período, reflete-se a franca expansão dos serviços privados, podendo citar a retomada, em grande estilo, da construção de hospitais privados, mal distribuídos e concentrados nos grandes centros. Esses contaram com subsídios econômicos, oriundos de convênios como Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS).

Podemos notar que ao contratar e até mesmo financiar a instituição desses estabelecimentos particulares, o Estado contribuiu não só para o desprestígio dos serviços públicos, mas também para o fortalecimento do modelo de saúde curativa e capitalista do país. Esses fatores se retrataram na alta lucratividade dos serviços privados e nas empresas de medicamentos, geralmente multinacionais, ficando as ações coletivas e as de prevenção relegadas a um segundo plano.

Em 1966 foi realizada a 4ª. CNS,³⁰ a qual apontou para a necessidade da formação profissional do trabalhador da saúde.

A 5ª e 6ª Conferências³¹ aconteceram em espaços de dois anos entre uma e outra, e tiveram como foco a institucionalização do sistema nacional de saúde.

A partir da década de 1970, há ampliação da cobertura previdenciária, que inclui entre os seus beneficiados os maiores de 70 anos, os trabalhadores rurais, acidentados no trabalho, e inválidos; E ainda o salário maternidade, que até então era de responsabilidade da empresa e também as empregadas domésticas e trabalhadores autônomos, desde que contribuintes.

A Previdência continuou sendo a intercessora direta da relação entre o Estado e os trabalhadores. Em 1974, é criado o Ministério da Previdência e Assistência Social, o qual incorporou vários órgãos como: Legião Brasileira de Assistência (LBA), Fundação para o

³⁰ Em 1966, a 4ª Conferência foi presidida por Leonel Miranda, notável representante dos interesses da mercantilização dos cuidados à saúde, e teve o seu temário esvaziado, tratando setorialmente dos “recursos humanos” (Tema 7 – RADIS apud FLEURY, 1991, p.13).

³¹ “No período de 1975 até 1979, com um intervalo de dois anos, se realizaram a 5ª, 6ª e 7ª conferências. Marcou esse período a cristalização de espaços de resistência à política governamental para a área da saúde. Diversos movimentos se organizaram e passaram a questionar a visão funcionalista do Sistema Nacional de Saúde, seus limites e distorções, e exigiram do Estado um conceito de saúde mais amplo” (Tema 7 – RADIS apud FLEURY, 1991, p.13).

Bem – Estar do Menor (FUNABEM), Central de Medicamentos (CEME) e Empresa de Processamento de Dados da Previdência Social (DATPREV).

O governo militar também é caracterizado pela tecnocracia implantada pelo seu complexo político. Em 1977, é criado o Sistema Nacional de Assistência e Previdência Social (SIMPAS), o qual incorpora os organismos mencionados acima, e separa uma parte dos benefícios e de assistência médica, - antes realizada pelo INPS -, passando a assistência médica previdenciária para o INAMPS. O Instituto de Administração Financeira da Previdência e Assistência Social (IAPAS) também congrega com SIMPAS. Cabe ressaltar que essas mudanças dificultaram o entendimento da estrutura do peculiar do sistema.

Se fizermos uma rápida passagem pelas principais reformas sanitárias ocorridas no Brasil, perceberemos que as de 1925, 1931 e 1946 garantiram espaço para as ações de saúde pública, no interior do Estado. Enquanto a de 1968, após a promulgação do Ato Institucional nº5 (AI5), o qual suspendeu os direitos democráticos, reforçou a ênfase ao planejamento, criando inúmeros cargos administrativos e de coordenação.

A Reforma de 1968 refletiu em serviços regionais, criou as Divisões, e local para os Distritos sanitários. Eles eram distribuídos de acordo com os serviços prestados (postos, centros, postos de puericultura dispensários de lepra, tracoma e higiene visual) e classificados conforme o número de clientela abarcada. Assim, postos de atendimento e centro de assistência médica já começam a estabelecer bases para uma política nacional de saúde.

A Reforma Sanitária de 1975, acompanhada da 5ª Conferência Nacional de Saúde, acabou apontando para a necessidade de uma política nacional e estadual, mas ainda de favorecimento do setor privado, que só será modificada, pelo protagonismo dos movimentos sociais, os quais favoreceram a conquista dos direitos sociais.

Do Movimento Sanitário à Construção Legal do SUS

Verificamos que, no final da década de 1970, as forças políticas empanadas pelo golpe militar começam a se rearticular com a sociedade organizada buscando direitos sociais e civis da mesma. Isto se deveu as insatisfações populares contra esse governo, que novamente, investiu em medidas sociais, visando conseguir a legitimidade política, criando em 1974, o ministério da Previdência e Assistência Social.

Porém, diante do fim do milagre econômico³², o militarismo passou a demonstrar sinais de fragilidade, inclusive se tornando alvo de estudos, pesquisas e discussões. E nesse contexto forças sociais, até então, reprimidas e reprimidas pelo regime em vigor, conseguem expressão na sociedade mediante movimentos como: a Anistia, a UNE, o Movimento Sindical (especialmente os metalúrgicos com ondas de greves 78/79) e o Movimento Sanitário “[...] ganha destaque, na relação Estado-Sociedade o movimento pela democratização da saúde [...]” (VASCONCELOS, 2003, p.76).

Na verdade o debate sobre saúde pública ganha importância nas discussões internacionais. A luta por melhores condições de vida, em favor da saúde é ponto de reflexão de movimentos mundiais, podendo citar a Conferência de Alma Ata³³, realizada em 1979, para “[...] a obtenção por parte de todos os cidadãos do mundo de um nível de saúde no ano 2000 que lhes permitirá levar uma vida social e economicamente produtiva. Conhecida como Saúde para todos no ano 2000” (STARFIELD, 1992, p.3). Esse evento impulsiona, no Brasil, o ideário revolucionário com o lema saúde direito de todos e dever do Estado. Defendido, planejado e estruturado pelos que apoiaram e defenderam a reforma sanitária.

Esse, ficou conhecido como movimento sanitário e foi uma das mobilizações de maior expressão, ocorrida no país. Além disso, era formada por profissionais da saúde, que articulados à sociedade civil, discutiam diariamente a respeito da saúde pública brasileira.

A saúde nessa década contou com a participação de novos sujeitos na discussão das condições de vida da população brasileira e das propostas governamentais apresentadas para o setor contribuindo para o amplo debate que permeou a sociedade civil. Saúde deixou de ser interesse apenas dos técnicos para assumir uma dimensão política estando estreitamente vinculado a democracia... (BRAVO, 2000, p.109).

O movimento sanitário, inicialmente constituído por profissionais e intelectuais da área de saúde, ganha corpo quando incorpora “[...] em sua luta as demandas da sociedade

³² Milagre Econômico: expressão que se refere ao crescimento econômico provocado pela disponibilidade de capital externo ocorrida entre os anos 1968-74 por determinação dos governos militares e que provocou no Brasil nas décadas seguintes a aceleração da expansão industrial. Disponível em: <<br.geocities.com/vinicrashbr/historia/brasil/industrializacaobrasileira.htm>>. Acesso em 16/11/2003.

³³ A Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, reunida em Alma Ata, URSS, aos 12 de setembro de 1978 “[...] concita à ação internacional e nacional urgente e eficaz, para que os cuidados primários de saúde sejam desenvolvidos e aplicados em todo o mundo e, particularmente, nos países em desenvolvimento, num espírito de cooperação técnica e em consonância com a nova ordem econômica internacional. Exorta os governos, a OMS e o UNICEF, assim como outras entidades internacionais [...] todos que trabalham no campo da saúde e toda a comunidade mundial a apoiar um compromisso nacional e internacional para com os cuidados primários de saúde e a canalizar maior volume de apoio técnico e financeiro para esse fim, particularmente nos países em desenvolvimento” (CEREST, SES, 2004, p.3).

como um todo [...] Esta expansão do grupo é parte do processo de construção de hegemonia, isto é, de uma nova relação entre classe/ Estado/Sociedade” (FLEURY, 1997, p.25).

A tese defendida pelo movimento, em questão, a princípio, expressava a necessidade de reforma do modelo de saúde vigente. Criticavam a concepção de saúde restrita a dimensão “[...] biológica individual, bem como a afirmação da relação entre organização social, organização dos serviços de saúde e prática médica, tendo como fundamento a determinação social da doença para pensar o processo de trabalho em saúde” (VASCONCELOS, 2003, p.76).

É certo que a concepção de saúde no Brasil, ao longo dos tempos, privilegiou uma minoria com seus serviços de assistência médica. E esses eram executados por entidades filantrópicas, aos que não estavam formalmente vinculados a Previdência, e aos seus segurados por meio dos serviços privados comprados para esse fim, favorecendo a comercialização da saúde.

Para que a reforma sanitária fosse possível houve uma conexão do movimento sanitário, inicialmente composto por profissionais da saúde, a outros movimentos sociais – sociedades amigos de bairro, sindicatos, clubes de mães, entidades estudantis etc – articulando a sociedade no debate sobre a política de saúde pública.

Estrategicamente além de envolver outros organismos sociais na discussão sobre saúde, o movimento sanitário se institucionaliza com a criação do Centro Brasileiro de Saúde Coletiva CEBES³⁴ “[...] alcançando assim constituir-se em um verdadeiro partido sanitário, foi capaz de organizar as diferentes visões críticas do sistema de saúde, definindo um projeto comum e estratégias e táticas de ação coletiva” (FLEURY, 1997, p.26).

O ideário reformista se embasa, sobretudo, na luta pelo direito a saúde. Em 1979, ocorreu na Câmara Federal o 1^a. Simpósio sobre Política Nacional de Saúde. Nesse o movimento sanitário demonstra a proposta de reordenamento do sistema de saúde. E o CEBES apresentou um documento consolidando os objetivos do movimento na democratização da saúde.

Esse documento, segundo Fleury (1997), reconhecia: o direito universal a saúde as condições sociais e econômicas no processo saúde, individual e coletiva como responsabilidade do Estado, envolvendo membros da sociedade civil e política, inclusive

³⁴ “O CEBES representou a possibilidade de uma estrutura institucional para o triado que caracterizou o movimento da reforma sanitária brasileira: a construção de um novo saber que evidenciasse as relações entre saúde e estrutura social; a ampliação da consciência sanitária onde a Revista Saúde em Debate foi, e continua sendo, seu veículo privilegiado; a organização do movimento social, definindo espaços e estratégias de ação política..” (FLEURY, 1997, p.26).

vários parlamentares. Esse, favoreceu o apontamento de medidas concretas, pelo movimento sanitário, alavancando a luta pela construção do SUS, consolidado em 1988

[...] contra o empresariamento da medicina, pela gratuidade da atenção médica, pela criação do Sistema Único de Saúde, pela atribuição do Estado da responsabilidade na administração desse sistema, que deverá coordenar a planificação e execução de uma política nacional de saúde; pelo estabelecimento de mecanismos financeiros capazes de sustentar o sistema, pela descentralização do sistema de saúde que garanta maior controle social e participação política, pela regulação da prática médica privada, pela definição de uma estratégia de produção e distribuição de medicamentos (FLEURY, 1997, p.28).

Nesse processo, cabe ressaltar que algumas medidas foram planejadas, sendo interessante referenciar a 7ª. Conferência Nacional de Saúde ocorrida em 1980, que buscava a implantação e desenvolvimento do Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde (PREV-SAÚDE). Acompanhada do movimento sanitário, a política de saúde pública implantou as primeiras ações de descentralização, que contribuirá para a mudança do conceito de saúde.

Destacamos as Ações Integradas de Saúde (AIS), em 1984, e o Sistema Descentralizado de Saúde (SUDS), como Programas procedentes das reivindicações desse movimento, os quais previam a municipalização e a participação de entidades comunitárias, sindicais, entre outras, por meio de colegiados, progredindo para os Conselhos de Saúde, no Sistema único de Saúde (SUS), em 1988.

Em síntese, podemos dizer, que a proposta do movimento sanitário objetivava a descentralização do poder central, o fortalecimento do poder público e o atendimento a população em geral. Além disso, procurava dar prioridade para as atividades preventivas sem causar prejuízos aos serviços assistenciais, a universalização do atendimento e a participação da comunidade.

Em 1986 estas idéias são organizadas na 8ª. Conferência de Saúde³⁵ que tem como tema “Saúde como direito de todos e dever do Estado” Com uma participação expressiva de 4500 pessoas, delibera propostas que são encaminhadas a Assembléia Nacional Constituinte.

Sistema Único de Saúde: Uma Nova Noção de Saúde

O Sistema único de Saúde (SUS) foi promulgado na Constituição Federal de 1988. E significa o genuíno reordenamento da política de saúde pública, tanto na sua administração,

³⁵ “Após a 7ª. CNS realizada em 1986 e num processo de envolvimento da sociedade aconteceu a 8ª. CNS. Em 1986, com intervalo de 6 anos e em processo de transição democrática, ocorreu a 8ª Conferência. Nessa foi grande a participação da sociedade civil, e foi quando surgiu a idéia do Sistema único de Saúde” (Tema 7 – RADIS apud FLEURY, 1991, p. 13).

em termos de acesso universal, responsabilidade do Estado pela área, descentralização, participação da sociedade quanto na nova concepção de saúde.

O SUS, implicou na democratização das ações e na definição de um novo conceito de saúde, no mínimo mais abrangente que o anterior à sua instituição. Evidenciamos o artigo 196 da Constituição Federal, o qual explicita essa mudança. “Saúde é direito de todos e, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação...” e “A saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício...” (Lei 8080, artigo 2º inciso 1º)

A concepção de saúde que até a promulgação do SUS, significava o contrário de doenças, com a sua instituição passa segundo Fleury, “[...] uma dupla dimensão: - como concepção ampliada, incorporando os determinantes sociais do processo saúde/doença em uma perspectiva de atenção integral às necessidades da população [...]” (1997, p.34-35). Atenção integral, com as funções de assistência, promoção e reabilitação, dá nitidez a mudança do enfoque dado pela política de saúde que historicamente privilegiou os males do corpo e não a saúde. A partir do SUS, leva-se em conta não apenas o causador biológico da doença mas também os demais fatores que estimulam e predisõem ao seu aparecimento.

§ - 3º - A saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso dos bens e serviços essenciais; os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do País (LOS,- 8080, artigo, 2, inciso 3º).

Esses determinantes prevêm a atuação de profissionais de outras áreas, além da biológica (enfermagem e medicina), permitindo promover reflexões e proposições interdisciplinares. “Pensar, estruturar e propor estratégias e viabilizar ações tendo em vista a construção de uma consciência sanitária demanda uma ação interdisciplinar no âmbito da saúde, que extrapole as ações na prevenção e combate às doenças” (VASCONCELOS, 2003, p. 91).

Fleury (1997, p.35) nos diz que uma outra dimensão do conceito saúde é:

[...] a condição de função pública, a partir da definição de suas ações e serviços como sendo de relevância pública, reafirmando as prerrogativas do Poder Público na sua regulação, fiscalização e controle independentemente do regime de propriedade do provedor.

Assim, quando o Estado declara que Saúde é Direito de todos e dever do Estado, está garantindo, legalmente, o direito desta a todos os brasileiros. Desvincula-se a contribuição direta e compulsória, ao garantir universalização de cobertura no âmbito de proteção social, especificamente dentro do SUS, que tem como princípios básicos: a integralidade, a equidade e a universalização.

O movimento sanitário articulou o debate acerca da política de saúde buscando subsídios para a descentralização e democracia do sistema, assim “[...] recorreu ao conceito estratégico de desenvolvimento da consciência sanitária como forma de articulação de diferentes níveis, possibilitados pela concomitância do corpo biológico com o corpo socialmente investido; o corpo produtivo” (FLEURY, 1997, p. 27) . Essa relação resgata o conceito de direito a saúde (campo estritamente biológico), a partir da tomada de consciência sanitária (campo político e histórico). “A articulação se daria entre a experiência singular do sofrimento, a vivência das necessidades vitais, e a dimensão pública do indivíduo enquanto cidadão, portanto, portador de um conjunto de direitos e deveres diante do Estado...” (FLEURY, 1997, p. 27).

Portanto, a saúde como uma questão de cidadania é fruto do processo da Reforma Sanitária, da posição política que transforma privilégio de poucos (modelo contributivo), no qual as pessoas que recorriam aos seus serviços e não tinham carteira de trabalho assinada ou que não estavam vinculadas a Previdência, eram consideradas indigentes em direito universal sob a égide do Estado.

Desse modo, podemos dizer o SUS representa grande avanço na política de saúde pública brasileira, pois abre possibilidades para romper com os grilhões do paradigma de saúde historicamente centrado na doença e na contribuição e na filantropia para situar-se no campo do direito e da cidadania.

A cidadania na saúde começa na descoberta de que as ações e serviços de saúde não são um favor ou ato de caridade, mas sim um direito constitucionalmente exigível e para cujas ações todos colaboram por intermédio de tributos denominadas contribuições sociais (MEDEIROS, 2003, p.109).

A consciência sanitária alicerçada na medicina social, cujas experiências se deram a partir de reflexões e vivências cotidianas, presentes em uma determinada comunidade (CEBES, movimento sanitário e movimento popular de saúde – zona leste), sob a defesa do direito e interesse dessa comunidade em estabelecer um padrão mais elevado de saúde favoreceu ao processo de descentralização e democratização da política de saúde, ao criar espaços jurídicos – institucionais – de participação da sociedade na gestão da saúde pública.

Postulando a democratização do acesso a bens e serviços propiciadores de saúde, mas também a democratização do acesso ao poder, a agenda da reforma sempre teve nas propostas participativas a marca de sua preocupação com os “mecanismos de funcionamento” do Estado e não só com os “resultados redistributivos” de suas políticas. Daí o emprego simultâneo das consignas “Democracia é Saúde” e “Saúde é Democracia”, emblema da Reforma Sanitária enquanto reforma também da política, no sentido de que o direito universal à saúde deveria ser acompanhado, garantido mesmo, pelo direito à participação no poder. Saúde como estratégia para a democracia e democracia como estratégia para a saúde (CARVALHO, 1997, p.93).

A democratização do setor de saúde, marcada pela Carta Constituinte de 1988 materializa-se com a elaboração das leis orgânicas. E tem a finalidade de organizar o funcionamento e a de regulamentação do SUS, criando uma estrutura jurídica institucional peculiar. “Para tanto, o direito à saúde foi traduzido em uma base legal e normativa, incluindo a Constituição Federal, a Lei Orgânica, as Constituições Estaduais, as Normas Operacionais Básicas, etc” (FLEURY, 1997, p.35).

Já a legislação decorrente subscreveu-se sob os aspectos formais da democracia garantida pela descentralização e municipalização da saúde tendo como principal estratégia a participação da sociedade.

[...] o núcleo de idéias-força do pensamento reformado prescrevia que o Estado deveria ser aproximado da sociedade usuária e permeabilizado as suas demandas. É nesse contexto que a “participação da comunidade” e a descentralização político-administrativa” aparecem como o centro da reforma institucional embutida na Reforma Sanitária (CARVALHO, 1997, p.93).

A Constituição brasileira considera não somente os princípios e as diretrizes do SUS, mas também a descentralização política (planejamento e execução) da saúde visando à divisão de responsabilidades entre União, Estados e municípios e com a interferência da sociedade, exercida a partir do poder local, município, favorecido pelo processo de municipalização e controle social realizado por meio do diálogo plural da sociedade e não mais por um pequeno grupo (dono do poder), que configurou o padrão da política de saúde vigente até o SUS.

Para a garantia e funcionamento do novo sistema de saúde foi aprovada a Lei Orgânica da Saúde (LOS), números 8080 e 8142. A primeira em 19 de setembro de 1990, e a segunda em 29 de dezembro do mesmo ano. Em 1993, é criada a Norma Operacional Básica (NOB) prevendo que as ações de saúde a serem implementadas; deveriam contar com o debate público a partir das necessidades do local, em oposição a tradicional política de saúde autoritária e excludente.

Esse aparato jurídico-institucional disseminou no interior do Estado as possibilidades do envolvimento da sociedade na política de saúde. Isso foi feito através da constituição dos Conselhos e Conferências de Saúde. Como veremos no próximo capítulo, o

controle social passa a ser possível a partir da formação desses órgãos colegiados “[...] dotados de um conjunto razoável de poderes legais e onde os usuários têm representação paritária em relação aos prestadores e ao governo” (CARVALHO, 1997, p. 93), com função de controle sobre os serviços de atenção à saúde, mantidos com recursos públicos, dentro da territorialidade do município.

Como podemos observar na história da saúde pública brasileira, o SUS é um sistema avançado, considerando a sua construção com a participação da sociedade, e a garantia legal da permanência do acompanhamento, fiscalização e deliberação de propostas por meio do Conselho e Conferências, denominado como controle social, que abordaremos no 2^a. capítulo.

O envolvimento de profissionais, técnicos, políticos e sociedade civil permitiu a construção do novo sistema de saúde do país, situando-se na contramão da tradicional tendência de pensar e fazer saúde de forma autoritária e centralizada.

Acreditamos ser necessário a permanência desse envolvimento, para efetivação do SUS e inversão do conceito controle social que como veremos, historicamente, foi utilizado como forma imposição de poder do Estado sobre a nação, passando com esse posicionamento social a ser a expressão do controle da administração de políticas públicas pela sociedade.

Capítulo 2:

Controle Social e Participação Cidadã

Controle Social não é apenas a estrutura de conselhos e conferências, mas sim onde a sociedade exerce o controle social pelo Ministério Público, pelas Câmaras Legislativas, pela cidadania, pelas ouvidorias, pelas passeatas, pelas concentrações, pelos acampamentos, pelas invasões. Enfim, há várias maneiras de se exercer o controle social, e nós enquanto Conselheiros, devemos ter a humildade de reconhecer que não somos instância exclusiva de expressão do controle social (CNS apud BRASIL, 2003, p. 41).

Capítulo 2 Controle Social e Participação Cidadã

Controle Social: Qual a sua história?

O homem de que nos falam e que nos convidam a liberar já é em si mesmo o efeito de uma sujeição bem mais profunda que ele. Uma alma o habita e o leva à existência, que é ela mesma uma peça no domínio exercido pelo poder sobre o corpo. A alma, efeito e instrumento de uma anatomia política: a alma, prisão do corpo (MICHEL FOUCAULT).

Neste trabalho procuramos evidenciar o termo “controle social” que atualmente, em especial, na política de saúde pública brasileira tornou-se sinônimo de modismo. Porém, com uma acepção muito positiva, visto que é empregado para o Estado pela sociedade e também no sentido de contradizer a tradicional definição, destinada ao controle das pessoas e dos comportamentos.

Em sua origem na, filosofia foucaultiana, *controle* vem relacionado ao sistema penitenciário (penas e castigos para quem transgridem as normas). Essa concepção leva a internalização pelos indivíduos de regras e da moral impostos pela sociedade, utilizando-se principalmente pela intensidade dos castigos, expressados, inicialmente, pela prática do suplício aplicado àqueles que eram por algum motivo considerados infratores.

A história dessa microfísica do poder punitivo seria então uma genealogia da “alma” moderna. A ver nessa alma os restos reativados de uma ideologia, antes reconheceríamos nela o correlativo atual de uma certa tecnologia do poder sobre o corpo. Não se deveria dizer que a alma é uma ilusão, ou um efeito ideológico, mas afirmar que ela existe, que tem uma realidade, que produzida permanentemente, em torno, na superfície, no interior do corpo pelo funcionamento de um poder que se exerce sobre os que são vigiados, treinados e corrigidos, sobre os loucos, as crianças, os escolares, os colonizados, sobre os que são fixados a um aparelho de produção e controlados durante toda a existência (FOUCAULT, 1987, p.31).

Até meados do século XVIII, utilizavam-se do suplício³⁶ e dos castigos públicos para exercer sobre o corpo dos indivíduos, através da dor e humilhação, o *controle*. Esse não visava apenas a ordem social mas, a punição daqueles que ousavam agir contra o Rei. “Sua finalidade é menos de estabelecer um equilíbrio que de fazer funcionar, até um extremo, a dessimetria entre o súdito que ousou violar a lei e o soberano todo poderoso que faz valer sua força” (FOUCAULT, 1987, p.46).

³⁶ O suplício estaria relacionado a quantidade do sofrimento “[...] a morte é um suplício na medida em que ela não é simplesmente privação do direito de viver, mas a ocasião e o termo final de uma graduação calculada de sofrimentos: desde a decapitação – que reduz todos os sofrimentos a um só gesto e num só instante: o grau zero do suplício – até o esquartejamento que os leva quase ao infinito, através do enforcamento, da fogueira e da roda, na qual se agoniza muito tempo; a morte-suplício é a arte de reter a vida no sofrimento, subdividindo-a em mil mortes...” (FOUCAULT, 1987, p. 34).

Com a reforma penal, no século XVIII, temos os soldados bem preparados e a burocracia judiciária em crescimento (julgamentos, documentações, provas etc) e as grandes prisões. Todos esses elementos contribuíram para manter o corpo como alvo para o exercício do poder “Encontraríamos facilmente sinais dessa grande atenção dedicada então ao corpo – ao corpo que se manipula, se modela, se treina, que obedece, responde, se torna hábil ou cujas forças se multiplicam...” (1987, p.125).

A literatura sobre o corpo foi alimentada por grandes pensadores com a visão metafísica, Homem- Máquina³⁷. Inicia-se com Descartes, no anátomo-metafísico e posteriormente médicos e filósofos dão continuidade a este pensamento. E o corpo passa a ser analisado a partir de uma visão técnico-político por meio de um “[...] conjunto de regulamentos militares, escolares, hospitalares e por processos empíricos e refletidos para controlar ou corrigir as operações do corpo” (1987, p.126).

Para Foucault (1987) a intensidade das regras impostas pela sociedade, bem como, a pressão criada nas pessoas para a absorção dessas normas estaria estreitamente relacionadas ao *controle*, sendo o corpo veículo viável ao seu exercício.

[...] não se trata de cuidar do corpo, em massa, grosso modo, como se fosse uma unidade indissociável mas de trabalha-lo detalhadamente; de exercer sobre ele uma coerção sem folga, de mantê-lo ao nível mesmo da mecânica – movimentos, gestos atitude, rapidez: poder infenitesimal sobre o corpo ativo. (p. 126).

Assim, *controle social* teria uma dimensão subjetiva, é que uma sociedade embasada em regras, normas e na moral buscaria utilizar o *controle* das atitudes e comportamentos dos seus indivíduos para o equilíbrio da vida em sociedade, o corpo (social e político) é objeto da interação das normas e de punição do seu não cumprimento. “[...] em qualquer sociedade, o corpo está preso no interior de poderes muito apertados, que lhe impõem limitações, proibições ou obrigações [...]” (FOUCAULT, 1987, p.126).

Ao longo dos tempos, a forma de estabelecer essas normas e o seu cumprimento, foram passando por diversas mudanças. No entanto, buscava-se manter uma relação do Estado com a sociedade, com o propósito de ampliação do seu poder e da manutenção da ordem social.

É nessa relação de poder e de *controle* que a saúde pública ganha espaço no âmbito estatal, como vimos no primeiro capítulo. Epidemias de peste necessitaram de atuação

³⁷ O Homem- Máquina de la Metrie é ao mesmo tempo uma redução materialista da alma e uma teoria geral do adestramento, no centro dos quais reina a noção de docilidade que une ao corpo analisável o corpo manipulável. É dócil um corpo que pode ser submetido, que pode ser utilizado, que pode ser transformado e aperfeiçoado (FOUCAULT, 1987, p. 126).

constante e precisa para além de atitudes de exclusão do enfermo o *controle* da doença. No século XVII foi desenvolvido o policiamento tácito e disciplinar suscitado pelo grande Fechamento,³⁸ como seja, a observação e registro. “Mais que a divisão maciça e binária entre uns e outros, ela recorre as separações múltiplas, a distribuições individualizantes, a uma organização aprofundada das vigilâncias e dos controles, a uma intensificação e ramificação do poder” (FOUCAULT, 1987, p.174).

O *controle* passa a se efetivar através do saber tecnicamente intelectual, reproduzido em instituições³⁹ organizadas a partir do poder sutilmente calculado. Esses esquemas de *controle* são visualizados no século XIX como a segregação não apenas dos leprosos e pestilentos mas também dos mendigos, vagabundos, loucos e de pessoas violentas, traduzindo-se na divisão “[...] binária e da marcação (louco-não louco; perigoso-inofensivo; normal e anormal)” (FOUCAULT, 1987, p.176). Isso foi determinando a disciplinarização individualizante coercitiva que, a partir da universalização dos *controles* disciplinares irá distinguir quem é ele, onde deve estar, como caracterizá-lo, como reconhecê-lo; como exercer sobre ele o poder para modificá-lo.

É a partir da necessidade de excluir e, ao mesmo tempo de disciplinar que Bentham defende a construção do Programa Panóptico.⁴⁰ Esse Projeto contava com uma arquitetura que permite visibilidade, onde o preso era colocado em unidades espaciais, permitindo o seu reconhecimento imediato. O fato de individualizar a pessoa por meio de agrupamento específico não retira o caráter da disciplina universalizante.

Se os detentos são condenados não há perigo de complô, de tentativa de evasão coletiva, projeto de novos crimes para o futuro, más influências recíprocas; se são doentes, não há perigo de contágio; loucos, não há risco de violências recíprocas; crianças não há “cola”, nem barulho, nem conversa, nem dissipação. Se são operários, não há roubos, nem conluíus, nada dessas distrações que atrasam o trabalho, tornam-no menos perfeito ou provocam acidente (FOUCAULT, 1987, p.177).

O Panóptico ficou conhecido pela função de *controlar* e modificar o comportamento, e também treinar ou retrainar os indivíduos, funcionando como um *laboratório de poder*, que

³⁸ Fechamento da cidade sob o olhar da milícia, sob pena de morte o que ousasse a sair de casa ou entrar em contato com outras pessoas. É inovador o controle ao não apenas vigiar mas registrar “[...] tudo que é observado durante as visitas, mortes, doenças, reclamações irregularidade, é anotado e transmitido aos intendentos e magistrados... A relação de cada um com sua doença e sua morte passa pelas instâncias do poder, pelo registro que delas é feito, pelas decisões que elas tomam” (FOUCAULT, 1987, p.174).

³⁹ “O asilo psiquiátrico, a penitenciária, a casa de correção, o estabelecimento de educação vigiada, e por um lado os hospitais...” (FOUCAULT, 1987, p.176)

⁴⁰ Um modelo de prisão totalmente diferente, destacada pela tecnologia política e pela capacidade de fazer funcionar as relações de poder de induzir no recluso a consciência de poder estar sempre sendo vigiado (torre central), não sabendo quando, ver Foucault (1987, p. 177-184).

subordinava os corpos irregulares. E, assim, serviu não só “[...] para emendar os prisioneiros, mas também para cuidar dos doentes, instruir os escolares, guardar os loucos, fiscalizar os operários, fazer trabalhar os mendigos e ociosos” (FOUCAULT, 1987, p.181).

Taticamente o panóptico, individualizou o ser humano (objeto de seu *controle*) por meio da distribuição dos corpos no espaço, enfatizou a relação de poder com a organização hierárquica e a disposição de canais. Apesar desse Programa individualizar o ser humano, ele é aplicado à multiplicidade, ou seja, “Cada vez que se tratar de uma multiplicidade de indivíduos a que se deve impor uma tarefa ou um comportamento, o esquema panóptico poderá ser utilizado” (FOUCAULT, 1987, p.181).

O Projeto, em questão, representa a mudança no exercício do *controle*, distoante daquele exercido no século XVIII, em que prevalecia o espetáculo público produzido pela modalidade dos castigos corporais suplicantes. O panóptico será expresso por uma forma mais geral de dominação à disciplina⁴¹, constituída com a organização de instituições, visando o controle dos movimentos singulares do corpo, tornando-o obediente e útil. De acordo com Foucault (1987) como anatomia política.

A disciplina não pode se identificar com uma instituição nem como um aparelho; ela é um tipo de poder, uma modalidade para exercê-lo, que comporta todo um conjunto de instrumentos, de técnicas, de procedimentos, de níveis de aplicação, de alvos; ela é uma física, ou uma anatomia do poder, uma tecnologia (FOUCAULT, 1987, p.189).

Assim, a disciplina é aplicada em instituições variadas indo das penitenciárias e casa de correção do século XIX a escolas e hospitais. Outras instituições sociais utilizaram o potencial da disciplina como a família, que na busca de reforçar o seu poder, deu origem a outras formas institucionais de *controle* por meio da disciplinarização do comportamento, linguagem e sobretudo da internalização dessa organização.

⁴¹ “[...] controle minucioso das operações do corpo, que realizam a sujeição constante de suas forças e lhes impõem uma relação de docilidade – utilidade, são o que podemos chamar as disciplinas...” (FOUCAULT, 1987, p.126). “[...] Em uma palavra, as disciplinas são o conjunto das minúsculas intervenções técnicas que permitiram fazer crescer a extensão útil das multiplicidades [...]”. “[...] Uma multiplicidade, seja uma oficina ou uma nação, um exército ou uma escola, atinge o limiar da disciplina quando a relação de uma para com a outra torna-se favorável” (1987, p.193). “[...] Digamos que a disciplina é um processo técnico unitário pelo qual a força do corpo é com o mínimo ônus reduzida como força política e maximalizada como força útil” (1987, p.194).

[...] um dia precisará mostrar como as relações intrafamiliares, essencialmente na célula pais-filhos, se disciplinaram, absorvendo desde a era clássica esquemas externos, escolares, militares, depois médicos, psiquiátricos, psicólogos, que fizeram da família o local de surgimento privilegiado para a questão disciplinar do normal e do anormal, seja de aparelhos que fizeram da disciplina seus princípios de funcionamento interior (disciplinarização do aparelho administrativo a partir da época napoleônica), seja enfim de aparelhos estatais que têm por função não exclusiva mas principalmente fazer reinar a disciplina na escala de uma sociedade (a polícia) (FOUCAULT, 1987, p.189).

Observamos que a partir do tempo histórico, foram utilizadas formas diferenciadas para o *controle* e obtenção do poder, do suplício à disciplina, investindo no corpo como instrumento para essa relação e aplicação de normas e sanções.

O Controle e a Saúde Pública

Como vimos, historicamente, o *controle social* representou a restrição de determinados comportamentos individuais em sociedade, implicando na aplicação de regras, normas e na disciplina para o seu cumprimento, aplicadas a partir da relação do Estado com a sociedade, uma vez que objetivava a elevação do poder do primeiro.

Com o início das relações mercantilistas, desenvolveu-se uma nova visão de poder da nação, “[...] O bem estar da sociedade era identificado ao bem estar do Estado” (ROSEN apud CARVALHO, 1995, p.10).

Nessa relação do poder do Estado com a sociedade houve a implantação de políticas de saúde pública, abordada no primeiro capítulo deste trabalho. A teoria do Estado absolutista, pregava que “[...] O poder nacional exigia, segundo a visão dos governantes e seus conselheiros, em primeiro lugar uma população densa [...], materialmente bem provida [...] e sob o *controle* do governo para que pudesse ser utilizada de acordo com as necessidades do poder público” (ibidem).

Importa enfatizarmos que a busca de fortalecimento do Estado, levou-o a implantar medidas normativas e de *controle* nas diversas dimensões da saúde, inclusive dentro do conceito de polícia médica, a qual teve origem na Alemanha em 1779. A idéia de intervenção sistematizada pelo Estado na saúde, se deu com a publicação do primeiro dos seis volumes do System Liner Vollstandigem Medizinischen Polizei (Sistema de polícia médica integral) de Joham Peter Frank, e influenciou a intervenção estatal na área da saúde em vários países.

Segundo Rosen (1994, p.100) autores alemães usavam o conceito de polícia, (Polizei), derivado da palavra grega politeia, com o significado de constituição ou administração de um Estado. Na Alemanha a prática de administração pública ficou conhecida como – Polizeiwissenschaft, ciência da política, e o ramo da administração da

saúde pública recebeu a designação de Medizinalpolizei, ou *polícia médica*. Com essa obra, Frank criava “[...] o conceito de polícia médica ou sanitária. Um conceito eminentemente autoritário e paternalista, preocupado, sobretudo com os aspectos legais das questões de saúde” (SCLIAR, 1987, p.43).

Desse modo, o *controle social* estabelecido sobre o corpo segue então duas vertentes, por um lado, temos neste a sede de necessidades fisiológicas do indivíduo simultaneamente o seu metabolismo que serviu para o ataque microbiano e de vírus, por outro lado, este corpo tem um efeito puramente econômico, visto que ao tornar-se força de trabalho, ou seja, reveste-se no signo da produção. Em ambas as situações um corpo que se torna lócus de intervenção política visando com o seu *controle* o aumento do poder seja econômico, ou seja, político.

No primeiro capítulo, deste trabalho, fizemos um ensaio histórico da saúde pública no mundo. E apontamos que as suas primeiras ações surgiram como forma de respostas aos efeitos dos espectros miasmáticos sobre o corpo, posteriormente, já em meados do século XIX com a descoberta do bacilo e das bactérias, cientificamente buscam o estabelecimento de ações para o prolongamento da vida, a partir da intervenção no corpo.

Multiplicam-se então as estratégias e medidas sanitárias dirigidas a combater diretamente os invisíveis micróbios, onde quer que estivessem – vetores ou hospedeiros, animais ou humanos. O importante era interferir no ciclo de vida do microorganismo, interrompendo a cadeia de transmissão ao homem. Datam daí as medidas, muitas ainda contemporâneas, de intervenção direta nos corpos biológicos e nos agrupamentos sociais de caráter compulsório (CARVALHO, 1995, p. 12).

Na dimensão política do corpo encontramos no estudo de FOUCAULT (1987) uma análise sobre a metamorfose das formas de punição, que seja através do suplício, ocorrendo remotamente, seja por meio das disciplinas. Estas sempre se constituíram a partir da tecnologia política do corpo, como metodologia de enfatizar as relações de poder, determinando-se como uma microfísica do poder que elucida a autoridade não apenas por meio da punição e repressão mas também representa uma forma de dominação mais abstrata do Estado sobre a sociedade. O alvo continua sendo o corpo humano – situado no corpo social e o método deixou de ser as mutilações (suplícios), refinando-se numa espécie de adestramento e de controle social.

Essa microfísica do poder pode ser visualizada no desenvolvimento da saúde pública. Por exemplo, a partir da lepra e da peste, já não bastava expulsar os contaminados do convívio social, porém se fazia necessário (Fechamento e Panóptico) o controle de suas ações. Muda a tônica do *controle*, a exclusão cede lugar para à disciplina. Na busca de atingir objetivos econômicos e políticos tanto o Estado quanto a indústria necessitou da docilidade

dos homens. Portanto, o *controle*, estrategicamente, deveria atravessar as relações sociais, descaracterizando a exclusividade do sistema penal e passam, sobretudo, pelo saber, que segundo Foucault (1987) adquire um incorpóreo, representado pela alma.

Esta alma real e incorpórea não é absolutamente substância; é o elemento onde se articulam os efeitos de um certo tipo de poder e a referência de um saber, a engrenagem pela qual as relações de poder dão lugar a um saber possível, e o saber reconduz e reforça os efeitos de poder (p. 31).

E justamente nesses aspectos, da abstração do corpo, que os setores econômico e político exercem o *controle social* por meio de uma tecnologia de poder, a qual permeia outras instituições como escolas, oficinas, hospitais, clínica etc. Isso permite o *controle* minucioso das operações do corpo e garante mediante o registro contínuo das observações a inscrição do saber e ao mesmo tempo, a submissão dos corpos às leis e ao trabalho (ordem e produção).

Essa forma de *controle social* influenciou a formação da saúde pública no Brasil. As primeiras intervenções do Estado brasileiro, nessa área, deram-se sob o prisma econômico e político, uma vez que o governo necessitava de conter as doenças de rápida transmissão para assegurar a produção agrícola e o seu poder político.

Historicamente, a saúde pública brasileira teve uma concepção de *controle*, geralmente, utilizada pelos governantes. Na Colônia, eles controlavam a *arte de curar* e segregavam em hospitais não apenas os doentes mas também os inválidos, os forasteiros etc; Com o advento da República há *controle* de doenças epidêmicas por meio do *controle* das pessoas e suas formas de vida; Quando temos o desenvolvimento industrial o governo se respaldando na teoria Keynesiana, a partir desse momento, a política social (e de saúde) pública se constitui visando o *controle* de insatisfação dos trabalhadores, ou seja, de conflitos. Na década de 1960, o regime militar utiliza-se da força e da violência para reprimir e *controlar* os subversivos, isto é aqueles que demonstrassem comportamentos contrários à ideologia do regime vigente.

Controle Social: Por Uma Nova Saúde

A noção de *controle social* na área da saúde, até meados da década de 1970, seguia o enfoque da imposição do poder do Estado sobre a sociedade.

Historicamente, a categoria controle social foi entendida apenas como controle do Estado ou do empresariado sobre as massas. É nessa acepção que quase sempre o controle social é usado na Sociologia, ou seja, no seu sentido coercitivo sobre a população. Entretanto, o sentido de controle social inscrito na Constituição é o de participação da população, implementação e fiscalização das políticas sociais⁴² (BRAVO & PEREIRA, 2002, p.45).

Contrariando a definição histórica, os movimentos sociais que influíram no processo de redemocratização do Estado brasileiro, especialmente, o movimento sanitário. Esse buscava o reordenamento da saúde pública e demandava por espaço no seu interior, valendo-se da concepção (*controle social*) para designar a participação da sociedade no acompanhamento e fiscalização das políticas públicas.

Na saúde pública, o projeto de reforma sanitária demandava “[...] a reorganização do sistema de saúde, a gestão democrática e o planejamento participativo [...]” (PAIM, 1997, p.15). Portanto, ao considerar a participação da sociedade no processo de controle do Estado não apenas contraria a concepção anterior de controle social mas, também pontua a sua ressignificação a partir a criação de instancias legais para a garantia do seu exercício, que com a promulgação do Sistema Único de Saúde (SUS), na Constituição de 1988,⁴³ é contemplado como participação da comunidade.

Assim, há a necessidade da criação de mecanismos legais para a garantia da participação da comunidade na gestão das políticas públicas. O controle social da política de saúde pública, garantido com os Conselhos e as Conferências de Saúde, a partir de 1988, passam a ser realizados dentro da proposta, da 8ª. Conferência Nacional de Saúde (CNS), de participação e envolvimento da sociedade civil. As Conferências e os Conselhos já existiam desde 1941, porém com característica de centralização política e também não havia a participação da sociedade no seu desenrolar.

A participação da sociedade, redesenhada na VIII Conferência, constituiu-se além de um marco histórico, pois, conferiu-lhe a inflexão do modelo de funcionamento desses espaços, constituídos na década de 1940, como uma função normativa e com legitimidade no Estado, como parte de processo de extrema centralização político-administrativa “[...] Além disso, elas foram pensadas inicialmente como um encontro de técnicos e administradores do

⁴² “Carvalho (1995) trabalha a evolução do conceito controle social, identificando quatro momentos diferenciados: o Estado controlando a sociedade; a sociedade apenas completando o Estado; a sociedade apenas combatendo o Estado; e a sociedade participando das decisões do Estado” (BRAVO & PEREIRA, 2002, p. 45).

⁴³ No artigo 198 da Constituição Federal, além de estar previsto o Sistema Único para os serviços públicos, estão estabelecidas suas diretrizes: I - descentralização, com direção única em cada esfera de governo; II-atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais; III - Participação da comunidade (grifo nosso).

ministério e estados para assessorar o ministro nos campos da educação e da saúde” (BRASIL, 2003), avançando para um item de reforma básica do setor: o controle social.

[...] a VIII Conferência Nacional de Saúde – teve participação popular marcante, possivelmente por ter sido realizada em 1986, no contexto da democratização política dos conflitos e negociações que precederam o processo constitucional e de intensa discussão sobre os rumos da reforma do sistema de saúde (CORTES, 2003, p.30).

Essa mudança, do controle social na saúde pública, pode ser corroborada nas 9^a – a partir de 1992-, 10^a. 11^a. e 12^a. Conferências Nacionais de Saúde que são realizadas, sistematicamente, com todo o sistema legal que regulamenta o processo participatório e o seu funcionamento.

[...] – a 9^a. em 1993 e a 10 em 1996 – precedidas pela organização de cerca de cinco mil conferências municipais e estaduais em todos os Estados da federação. A mobilização que elas provocaram pode ser atestada pelo processo de escolha de delegados cercados muitas vezes de disputas acirradas entre diferentes entidades buscando garantir a presença de seus representantes no evento. Salienta-se que tem sido respeitada a exigência legal de paridade entre delegados usuários e representantes de outros segmentos sociais (CORTES, 2003, p.30).

O novo enfoque dado ao controle social (a sociedade controlando os gastos do Estado), evidenciado pela Lei que o expõem como participação da comunidade passa a ser uma regra nas exigências dos convênios para a formação de serviços e também para a municipalização da saúde pública.

Atualmente, o Ministério da Saúde vem assegurando aos cidadãos, através de documentos oficiais,⁴⁴ o controle social, colocando este último como quesito básico para formação e estabelecimento de convênios entre as esferas: municipal, estadual e federal.

A Lei Orgânica da Saúde (LOS)⁴⁵ estabelece duas formas de participação da comunidade, ou seja, de controle social na gestão do SUS: as Conferências e os Conselhos de Saúde.⁴⁶

⁴⁴ Podendo citar a portaria 1679 que dispõe sobre as ações inerentes a saúde do trabalhador, especificamente sobre a criação dos Centros de Referência de Saúde do Trabalhador- CRST, os quais devem contar com o acompanhamento do Conselho Municipal de Saúde e de um Conselho Gestor formado por representantes dos vários sindicatos (patronais e de trabalhadores), além de serviços como: Universidades (pública e privada), Delegacia Regional do Trabalho e Emprego, Instituto de Seguridade Social, serviços de Saúde e privada, inclusive as Vigilâncias: sanitária e epidemiológica etc.

⁴⁵ Lei Orgânica da Saúde no. 8080, de 19 de setembro de 1990 e 8142 de 23 de dezembro de 1990.

⁴⁶ Artigo 1º, § 2º O Conselho de Saúde, em caráter permanente e deliberativo, órgão colegiado composto por representantes do governo, prestadores de serviços, profissionais da 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. Lei 8142, de 23 de Dezembro de 1990.

As Conferências⁴⁷ são fóruns amplos, em que se reúnem os representantes da sociedade, usuários do SUS, profissionais de saúde, dirigentes, prestadores de serviços de saúde, parlamentares e outros, para “avaliar a situação de saúde e propor as diretrizes para a formulação da política de saúde”, nos três níveis de governo.

O Conselho Municipal de Saúde, mecanismo de controle social, é objeto de estudo e análise do 3º capítulo, portanto, não o abordaremos neste momento para não correr o risco de fazermos monótonas repetições.

Com a promulgação do SUS, em 1988, os Conselhos e as CNS passam a oportunizar o espaço (espacial e temporal) de críticas, os questionamentos e as proposições valendo-se, especialmente, da descentralização dos serviços de saúde que por meio do processo de municipalização, fortalece o poder local e a participação da sociedade rompendo com a lógica de funcionamento desses, iniciada em 1940.

Controle Social e Descentralização da Política de Saúde

A dinâmica de funcionamento dos serviços de saúde seguiu, como elucidamos, um caráter centralizador, autoritário e de concentração na decisão do poder na esfera do executivo federal. No regime militar, em particular, foi intensificada e ficou susceptível a mudanças com a reorganização e atuação dos movimentos sociais, os quais implicaram na reforma da área da saúde. “A descentralização, assim, assume um caráter altamente positivo, constituindo-se ao lado da universalização e da participação popular, um dos pilares básicos da reforma do setor” (SOUZA & MONNERAT & SENNA, 2002, p.71).

A descentralização da política de saúde pública brasileira ganhou quorum também com a reforma do Estado que, na década de 1990, reajusta as despesas, principalmente, da contenção e redução dos gastos sociais. Neste cenário é alterada a prestação de serviços de saúde preconizados na implantação do SUS, ou seja transferir-se para os municípios a responsabilidade pela gestão no nível local.

Portanto, a descentralização envolve questões políticas, financeiras e o próprio papel

⁴⁷ A Conferência de Saúde reunir-se-á cada 4 anos com a representação dos vários segmentos sociais para avaliar a situação de saúde e propor as diretrizes para a formulação da política de saúde nos vários níveis correspondentes, convocada pelo Poder Executivo ou, extraordinariamente, por este ou pelo Conselho de Saúde. Lei 8142, de 23 de Dezembro de 1.990

do Estado⁴⁸ e dos municípios, num círculo de estratégias econômicas de enfrentamento à tradicional ausência de democracia e a conseqüente exacerbação do poder político federal. E ainda buscando ter resultados de restrição dos gastos públicos e de sua demanda. No entanto, a abordagem de descentralização neste trabalho é superficial, com o objetivo de apenas situá-la, enfatizando-a como condição para a democracia, equidade e redução das desigualdades sociais

O termo descentralização não se conceitua a partir da Carta Constituinte de 1988. Segundo Tobar (apud STEIN, 1997, p.76) relaciona-a “[...] ao processo de construção do Estado moderno e à proliferação de uma lógica democrática que age como condição necessária à instauração de um processo de expansão do espaço de discussão dos chamados problemas públicos”, ou seja, faz parte de um processo histórico de relação entre Estado e sociedade.

Stein (1997) argumenta que o conceito de descentralização, está permeado pelo contato com outros temas desde a democracia, a autonomia, a participação, no plano político até a desconcentração, a prefeiturização, a municipalização, no plano administrativo. Assim a compreendemos a partir da inter-relação, especialmente com a democracia, o poder local e a participação.

Na América Latina, a expansão do termo descentralização esteve mesclada a necessidade de reforma do Estado, sendo um consenso para a condição democrática. Conforme os determinantes que a fundamenta, descentralização passa a ter objetivos diferenciados.⁴⁹

[...] A descentralização constitui-se, assim, num instrumento que ganha maior visibilidade na consolidação dos regimes democráticos, não significando entretanto, que exista sempre uma relação direta e necessária entre democracia e descentralização, já que esta é um processo que pode se dar tanto em regimes democrático quanto autoritário (STEIN, 1997, p.76).

⁴⁸ “[...] envolve a questão das pressões externas para que os países adotem um conjunto de reformas que imprimam um determinado sentido ao modo de funcionamento do Estado. Assim, é que atualmente a tendência já não se limita a máxima redução das funções estatais, segundo os preceitos neoliberais do Estado mínimo. Coloca-se mais recentemente a necessidade de um Estado flexível, de acordo com o redimensionamento de suas funções e da reestruturação das suas ações por meio da descentralização dos serviços sociais básicos para os governos subnacionais e da flexibilização gerencial do setor público... isso se daria mediante o estímulo às parcerias com o setor privado e com organizações não governamentais” (NASCIMENTO, 2001, p. 30).

⁴⁹ Para uma discussão conceitual ver: “Tobar (1991), Sato (1993), Lobo (1998), Rivieri d’ arc (1993) ONU, (1993). Para uma relação com as políticas públicas: Castro, 1991 a., 1991b., Sato, 1993, Teixeira 1989; em relação à democracia UGA, 1991, Tobar, 1991, Souza, 1992, Spink, 1993 e ao poder local: Soares, 1991, Mello, 1991, Levy, 1993, Sposati e Falcão, 1990, Borja, 1993...” (STEIN, 1997, p. 76).

Na saúde o processo de descentralização, em sua origem, representa um processo de interesses políticos e econômicos voltados para a racionalidade técnica e de recursos. A par da discussão do processo de descentralização da administração política da saúde está a centralização, de um lado, e de outro a divisão de responsabilidades, ou seja a descentralização.

A descentralização administrativa da política de saúde pública é um importante dispositivo para o controle social, que contraria a centralização a medida que permite a administração da saúde a partir da realidade local “[...] sendo o município reconhecido como ente autônomo da federação, transferindo-se para o âmbito local novas competências e recursos públicos capazes de fortalecer o controle social e a participação da sociedade civil nas decisões políticas” (BRAVO & PEREIRA, 2002, p.44).

Diante da forma como o país vinha sendo governado, a descentralização esteve associada tanto a democracia, principalmente nas relações do Estado com a sociedade, quanto, na sua estrutura interna, favorecendo ainda a dimensão do controle social, no que tange a fiscalização dos recursos públicos, *accountability*. Esses implicam na participação da sociedade na esfera pública e em espaços definidos, legalmente institucionalizados.

A descentralização da política de saúde redimensionou as relações políticas centrais para o nível local, que a partir de 1988, passou a contar com novos mecanismos de decisão política, possibilitando o *accountability* e o controle público, ou seja, espaços para que se efetuassem o propósito da reforma sanitária.

O grande risco da descentralização é o seu uso para o fortalecimento do Estado neoliberal, o qual privilegia práticas privatizantes e as mais variadas formas de terceirização dos serviços públicos e as conseqüentes transferências destes para o setor privado, provocando a desresponsabilização estatal pelas políticas públicas.

Além disso a descentralização representa a possibilidade do fortalecimento local, mas pode ocorrer a sua vinculação ao projeto neoliberal de governo, que certamente inviabilizaria o fortalecimento, visto que, a autonomia do município pode ficar comprometida se unida ao tradicional municipalismo de relações clientelistas.

Portanto, a descentralização para nós deve estar vinculada a democracia, buscando refletir na construção de uma nova relação entre poder público e sociedade, consubstanciada na gestão cidadã e participativa. Nesse processo ganha relevância a municipalização e regionalização da política de saúde

Movimento Popular de Saúde e Descentralização

Na década de 1970, com a retomada dos movimentos sociais, temos concomitante ao movimento sanitário (abordado no 1º capítulo) a organização de algumas experiências de políticas locais de saúde. Entre elas ressaltamos o Movimento de Saúde da Zona Leste/SP, que era subjacente a organização comunitária, sendo impulsionada por um núcleo de donas de casa pertencentes a alguns bairros da periferia leste da capital. Esse movimento favoreceu, dentre outros, a implantação de serviços de saúde nesses bairros periféricos antes centralizados apenas em regiões centrais.

Segundo Sader (1988, p.263) a Igreja católica e um grupo de médicos sanitaristas constituíram-se em dois importantes agentes para a organização da comunidade, e em consequência para o desencadear deste movimento. A Igreja, através da Pastoral Operária,⁵⁰ reunia a comunidade e inauguram algumas experiências sociais, como o movimento pelo custo de vida,⁵¹ mas a presença de profissionais da saúde conseguiu garantir “[...] a mudança de um trabalho mais assistencialista para outro de “reivindicação”.

Tudo indica que o movimento ganhou corpo com a chegada de médicos que se vincularam às comunidades, transmitindo-lhes conhecimentos sobre as enfermidades e suas causas, sobre as condições sanitárias, os cuidados com a saúde e, particularmente, sobre aquilo que o Estado deveria assegurar para a população (SADER, 1988, p.264).

Essa atenção ao movimento pelo direito de saúde da zona leste, se explica pela sua importância para a mudança da organização dos serviços de saúde pública (descentralizado e com a participação da sociedade). E também aponta para uma nova conceituação de saúde (passam a reconhecer, na prática, os problemas sociais desencadeadores de enfermidades). No início, os sanitaristas utilizavam as dependências da Igreja para prestarem atendimentos a comunidade, a consciência da precariedade fomentou a luta por melhores condições da saúde, opondo a privatização difundiam a tese de responsabilidade pública por essa área.

⁵⁰ Desde o início da década de 1970 a Pastoral Operária “[...] atuando a partir da Igreja de São Matheus ... visavam tanto a organização das fábricas como nos bairros. Diferentes formas de manifestação das classes populares – que poderiam expressar diferentes aspectos de suas condições de existência – se cruzavam através das comunidades eclesiais” (SADER, 1988, p.262).

⁵¹ “O Movimento pelo Custo de Vida, iniciado em São Paulo, em 1972, amplia-se até conseguir, em 1975, um milhão de assinaturas num abaixo-assinado ao presidente da República, pedindo o congelamento dos preços. Tratava-se de uma ação coletiva com significado especial para o momento, por ter como alvo a política econômica do governo e pelo número de pessoas que congregou” (TEIXEIRA, 2002, p.121).

[...] Por volta de 1975 alguns médicos, estudantes de medicina, enfermeiras, começaram a apoiar as atividades da Pastoral da Saúde. Visitaram favelas, efetuaram pesquisas para saber quais eram as doenças de maior incidência, promoveram cursos de primeiro socorros, organizaram orientações a gestantes, convocaram assembléias para a discussão das carências nos serviços de saúde (SADER, 1988, p.264).

Mesmo se tratando de ações isoladas este movimento implicou em mudanças na estrutura dos serviços de saúde visto que, neste período, a Secretaria de Saúde de São Paulo retoma o plano de ampliação da rede de postos de saúde de maneira muito tímida; Porém essa iniciativa de descentralização do atendimento à saúde ganhou força a partir do plano de carreira de médico sanitário. A descentralização acabou ocorrendo, paulatinamente, pois a especialização sanitária implicou na proximidade entre profissional e usuários, moradores de bairros periféricos. E a atuação desses profissionais abriu brecha, em pleno regime militar, para a organização popular e a formulação das demandas de reforma do setor que apresentadas de forma coletiva propiciou a ampliação do atendimento. Isso se fez com a implantação dos postos de saúde em alguns bairros periféricos.

Os sanitários, que assumiram os centros de saúde, adotaram a metodologia de se reunirem para discutir os problemas e as formas de seu enfrentamento. Assim, surgiram as comissões de saúde, que buscavam desde a implantação dos postos de saúde à sua qualidade, iniciando as caravanas⁵² até a Secretaria de Saúde para apresentarem as suas reivindicações. Esses grupos que inicialmente foram formados pela comunidade de base religiosa, mais especificamente da Igreja Católica começam a se desinstitucionalizar do mesmo ao ter no seu interior pessoas oriundas de outros credos religiosos.

Importa dizer que o movimento de saúde da zona leste de São Paulo criticou a política de saúde pública, no que tange a sua operacionalização, e propôs a formação de conselhos para fiscalizar e controlar o funcionamento dos centros de saúde. Lembramos que neste período acontecia também o movimento sanitário.

⁵² Atribui um caráter coletivo, “[...] em 1978 realizaram uma grande assembléia, que a comissão preparou com grande cuidado, convocando os moradores, os grupos populares organizados da região e mesmo as autoridades. Foi um momento de apresentação coletiva das reivindicações e afirmação de uma disposição de luta. Em seguida a Pastoral da Saúde Episcopal da região leste 2 promoveria a I Reunião da Saúde da Zona Leste... cerca de 700 pessoas estiveram presentes na igreja do Cangaíba...” (SADER, 1988, p. 272).

Para a formação dos conselhos populares de saúde houve toda uma organização dos membros das comissões de saúde para a criação de um conselho,⁵³ que no mínimo deveria ser representativo e eleito pelo voto direto do povo. Argumentavam que os membros deveriam ser usuários dos centros de saúde e, diante da pressão política, o secretário ratifica essa reivindicação. Então, é dado dando origem aos conselhos populares de saúde⁵⁴ que aos poucos se expande para outras regiões, significando uma ação de cunho político e de cidadania caminhando para a sua legalidade na Carta Constituinte de 1988.

A história é muito dinâmica, além dos movimentos de saúde: sanitário e da zona leste, que influíram na construção do SUS, no nível internacional, apontamos a Conferência de Alma Ata, que arrolou na sua declaração itens como: saúde como parte do desenvolvimento econômico e social (art. I, II e III); participação dos povos na execução de seus cuidados de saúde (art. IV); responsabilidade do governo e a atenção primária⁵⁵ como meta (art. V e VI). Os demais (VII, VIII, IX e X) artigos discorrem sobre os serviços de atenção primária, influenciando à nível nacional. Assim inicia-se a formulação de políticas, voltadas a estratégia dos cuidados primários de saúde.

Descentralização: proposta neoliberal?

Soma-se a esses acontecimentos (nacional e internacional), a reforma da Previdência Social. Essa foi criada, em meio à crise, pelo governo federal em 1974, intitulado o Ministério de Previdência e Assistência Social. O objetivo era organizar institucionalmente o setor responsável pelo atendimento médico, através do INAMPS, o ministério da saúde tinha caráter normativo. Em 1977, com a criação do Sistema Nacional de Saúde (SINPAS), intencionavam modificar a sua gerência. Assim, a descentralização dos serviços de saúde começa a ser pensada politicamente, ainda de forma marginal, localizada e com a finalidade de garantir, a princípio, a economia com os seus gastos.

⁵³ Havia um decreto na Secretaria de Saúde, permitindo a formação de conselhos, porém tratava-se de um grupo elitizado “ [...] integrados pelos “notáveis” do bairro, como o delegado de polícia, o presidente do Lions Club ou do Rotary, diretores de escolas, políticos...” (SADER, 1988, p. 275).

⁵⁴ “Durante 10 dias, em março de 1979, um grupo da comissão de saúde percorreu as casas, feiras, missas, para recolher os votos. Ao final, 8.146 pessoas haviam votado, elegendo 12 donas de casa para constituírem o primeiro conselho de saúde, por um prazo de 2 anos” (SADER, 1988, p. 276).

⁵⁵ “Os cuidados primários de saúde são cuidados essenciais de saúde baseados em métodos e tecnologias práticas, cientificamente bem fundamentadas e socialmente aceitáveis, colocadas ao alcance universal de indivíduos e famílias da comunidade, mediante sua plena participação e a um custo que a comunidade e o país podem manter em cada fase do seu desenvolvimento, no espírito de autoconfiança e autodeterminação...” (CEREST, SES, 2004, 3).

As propostas universalizantes, integrais e de participação comunitária defendidas pela Organização Mundial de Saúde e ratificadas na Conferência de Alma Ata, foram integradas no âmbito nacional às experiências de medicina comunitária; Essas foram expostas como medidas contrárias ao modelo de saúde hegemônico prevalecente no Brasil, de saúde privada e filantrópica.

O governo brasileiro incorporou, a medicina comunitária em sua política, mas, com a finalidade, histórica, de legitimidade política e de baixa qualidade dos serviços. Assim, segundo Carvalho (1995) foi implantado, em 1976, o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento do Nordeste (PIASS), que apesar de apresentar-se como medida de medicina comunitária, no Plano Federal, acabou resultando na criação de serviços pobres para a população pobre.

Seus efeitos tendem a se restringir à ampliação quantitativa da oferta que, entretanto foi significativa. A rede ambulatorial pública de 1.122 unidades em 1975 para 13.739 em 1984, tendo um incremento de 1.225%... Quanto aos demais preceitos da medicina Comunitária, não ultrapassaram “a proposta de uma medicina primária seletiva, [...], executada com recursos marginais, dirigidos a populações marginalizadas de regiões marginalizadas, através da oferta de tecnologias simples e baratas, providas por pessoal de baixa qualificação profissional, sem possibilidades de referência em níveis de maior complexidade tecnológica, incluindo a retórica da participação comunitária” (MENDES apud CARVALHO, 1995, p. 36).

Apesar de não ter sido possível, de imediato, romper com o modelo tradicional de saúde, uma vez que “Prevaleceu o utilitarismo político destinado a buscar a legitimação de um Estado...” (CARVALHO, 1995, p.36), resultou na incorporação de alguns desses profissionais, na administração da política de saúde pública. Interessados numa nova proposta de saúde, diferente da executada pela assistência médica previdenciária, mobilizam-se para mudar esse quadro.

A VII CNS que discutiu a rede básica de saúde num momento de “crise” do sistema previdenciário, sugeriu “[...] o debate intra-institucional, alargando os marcos para a busca de alternativas e ampliando os espaços de participação dos técnicos não comprometidos com o modelo dominante” (CARVALHO, 1995, p.37). Desse modo, técnicos do Ministério de Saúde e da Previdência elaboram o Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde – Prev-Saúde.

No início de 1980, as prerrogativas defendidas pelo movimento sanitário, CEBES, zona leste e Conferência de Alma Ata, “exigem” do governo uma posição, que diante da crise financeira da Previdência incorpora as propostas de “[...] descentralização, hierarquização, regionalização e dá ênfase aos serviços básicos de saúde” (RODRIGUEZ apud TEIXEIRA &

MENDONÇA, 1995, p.216) no plano PREV- SAÚDE.⁵⁶ Após intensos debates não chegam a ser implantado, porém “[...] observou-se a incorporação de alguns intelectuais do Movimento Sanitário na burocracia estatal, buscando solução para a crise” (TEIXEIRA & MENDONÇA, 1995, p.216).

Na busca de reduzir os gastos com saúde e também as insatisfações com a falta de atendimento, em 1981, “[...] a Presidência da República, cria o Conselho Nacional de Administração Previdenciária – CONASP” (idem). A importância desse Conselho está nas proposições de reorientação da saúde pública brasileira, visto que por meio do Plano de Reorientação da Assistência Médica da Previdência (agosto/82) contraria oficialmente o modelo de saúde hegemônico de privilégio do setor privado, que vinha sendo mantido pelo Estado. Ações de “[...] descentralização e utilização prioritária dos serviços públicos federais, estaduais e municipais na cobertura assistencial da clientela” (Ibidem). Em 1984 é implantado o projeto de Ações Integradas de Saúde – AIS.

O momento histórico é distinto, por que o país apesar de viver sob o regime militar contava também com uma conjuntura de avanço do processo democrático. Tratou-se de um período extremamente contraditório, pois visava-se legitimar o regime militar e para isso criaram

[...] formas democráticas de representação e expressão política, tais como as eleições para cargos do Poder Executivo, liberdade de imprensa, de associação e organização partidária. Projetos e programas governamentais previam a criação de comissões ou conselhos que deveriam ter entre os seus componentes representantes da sociedade civil (CORTES, 2003, p.24).

Nesse sentido, a AIS representa a adoção de princípios defendidos pela reforma e simultaneamente a redução de gastos com a política social brasileira pelo Estado. Portanto, deveria melhorar a rede de serviços de âmbito federal, estadual e municipal, porém restando a demanda por serviços públicos de média e alta complexidade, “[...] estabelecia que a previdência social transferiria recursos financeiros para governos estaduais e municipais que optassem por tomar parte do programa” (CORTES, 2003, p.24).

Importa acrescentar que o Programa de Ações Integradas de Saúde (AIS) foram criados como mecanismos de participação da sociedade com o objetivo de integrar as ações nos três níveis de governo. Na esfera municipal destacam-se as Comissões Interinstitucional Municipal de Saúde (CIMS) e Local Interinstitucional de Saúde (CLIS) “[...] que previam o

⁵⁶ “[...] Apresentando características absolutamente conflitivas com o modelo assistencial dominante, gerou tamanha perplexidade e tantas reações que foi recolhido e, no espaço de um mês, reapresentado em nova versão bem menos polemica, mas que também terminou engavetada” (CARVALHO, 1995, p.37).

envolvimento de entidades comunitárias, sindicais, gremiais, representativas da população local” (BRASIL, apud CORTES, 2003, p.25).

Esses fóruns se constituíam em possibilidades concretas de participação da sociedade, inclusive as organizada como sindicatos, políticos etc. Assim Paim (1988) “[...] define a AIS como uma proposta (originalmente racionalizadora), mas com espaços democráticos de reserva, ressaltava que poderia ser aprofundada e ampliada pela ação dos movimentos sociais e dos partidos políticos” (apud TEIXEIRA & MENDONÇA, 1995, p.217).

A AIS é uma das primeiras medidas de descentralização da saúde pública brasileira que, apesar das limitações, apontou para a formação de colegiados e comissões interinstitucionais⁵⁷ nos níveis: federal, estadual, regional, municipal. E o local da administração pública dava-se com a participação de entidades comunitárias e sindicais, no intuito de garantir a melhor aplicação dos recursos.

Esse plano, AIS, “[...] fazia parte da estratégia do regime militar para reduzir os custos do sistema previdenciário que haviam crescido durante os anos 70” (CORTEZ, 2000, p. 25). Sendo aprimorada com o Sistema Descentralizado de Saúde (SUDS), em 1986, que, dentre outros, reforçou a necessidade de formação de colegiados e a municipalização dos serviços de saúde pública. Assim, o município passa a ser o gestor dos serviços pertencentes ao seu território, com exceção das ações de alta complexidade e da referência para mais de um município.

[...] O SUSDS abriu as comissões interinstitucionais estaduais de saúde à participação popular e reforçou o papel de representantes da sociedade civil nas comissões municipais e locais. O programa habilitou as comissões municipais a tomar parte nas decisões sobre serviços contratados, uma vez que houvesse ocorrido a municipalização (CORTES, 2003, p. 26).

O SUDS, “[...] com o objetivo de universalizar o acesso aos cuidados de saúde e, ao mesmo tempo, racionalizar custos e o uso de recursos, através da unificação dos serviços de saúde dos subsetores previdenciários e de saúde pública...” (CORTES, 2003, p.26) previa com a municipalização o repasse financeiro para produção de serviços. Mas com o quesito de formação de conselhos, representando uma idéia do processo participatório, vigente no SUS.

⁵⁷ “Essas comissões eram denominadas respectivamente. Comissão Interministerial de Planejamento e Coordenação (CIPLAN); Comissão Interinstitucional de Saúde (CIS); Comissão Regional Interinstitucional de Saúde (CRIS) e Comissão Local Interinstitucional de Saúde (CLIS). As três primeiras comissões eram compostas por representantes dos prestadores de serviços e do Governo, ao contrário das duas últimas que previam o envolvimento de “entidades comunitárias, sindicais, gremiais, representativas da população local” (Brasil. Ministério da Previdência e Assistência Social e outros apud CORTEZ, 2003, p.25).

A descentralização, que antes da promulgação do SUS, era feita através de programas governamentais como: o Programa de Interiorização das Ações de Saúde, Saneamento do Nordeste (PIASS), Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde (Prev-Saude), Programa das Ações Integradas de Saúde (AIS), Programa do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS) e por meio de convênios. Todos esses estabeleciam às três esferas de governo a competência para cuidar da saúde da sua população, com a sua promulgação, a Constituição a prevê como uma diretriz do sistema.

Descentralização a partir do SUS

Em 1988, a Constituição Federal que representa a Lei maior da nação brasileira, criou, uma seção sobre saúde como parte integrante da ordem social. Já em 1990 passa a contar com a criação da Lei Orgânica da Saúde (LOS - 8080/90) a qual organiza os cinco artigos (196 ao 200) da Constituição, reforçando e imprimindo parâmetros e instrumentos legais do funcionamento do SUS no país. E ainda como parte do processo de descentralização, indicando a competência e responsabilidade dos municípios.

A construção do SUS, como vimos, imprimiu mudanças significativas na gerência dos serviços de saúde. Ao destinar uma seção sobre saúde, a Constituição de 1988 estabeleceu competências e diretrizes, já enunciadas neste trabalho, provocando o reordenamento dessa área. O art.198, como mencionamos anteriormente, representa a garantia de participação da sociedade na condução dessa política pública (participação da comunidade), determinando a descentralização, com direção única em cada esfera de governo e os princípios da regionalização e hierarquização das ações e dos serviços de saúde.

Ilustramos que hierarquização, regionalização e descentralização dos serviços de saúde implicam na reorganização estrutural do modelo de saúde pública que vinha sendo efetuada até 1988.

Nestes termos, hierarquizar⁵⁸ significa colocar o básico, atenção primária (Unidades Básicas de Saúde e Programa de Saúde da Família) como referência para outros serviços mais complexos. Assim, todo usuário, deve utilizar-se das ações seguindo a lógica, primário, secundário (ambulatorios e especialidades) e terciários (atendimentos hospitalares), num

⁵⁸ “[...] significando divisão de serviços em nível de complexidade crescente ; assim, um serviço primário ao deparar-se com um paciente exigente de atenção mais complexa deve saber para onde tal paciente deve ser encaminhado. É a referência e contra-referência: o paciente tem acesso aos serviços de saúde através de um serviço de menor complexidade na medida de suas necessidades individuais (executadas as situações emergenciais) É a hierarquização de serviços em nível de complexidade crescente” (SANTOS, 1997, p. 254).

sistema de referência e contra-referência “[...] é a distribuição espacial de serviços de saúde, em qualquer nível de complexidade, organizados para atender à população de uma região, exigente de simultânea hierarquização desses níveis, cada qual com resolutividade própria [...]” (SANTOS, 1997, p.254).

A regionalização⁵⁹ não se trata necessariamente da localização espacial dos serviços de saúde mas, sobretudo, da sua adequação a realidade territorial da população em que foi instalada. Isso tanto em relação ao suporte técnico como de recursos humanos, visando assim, integrar e racionalizar os serviços de saúde, evitando inclusive, procedimentos desnecessários e duplicados.

A descentralização alvo de discussões política, também foi pleito do movimento sanitário, sendo esta um item básico de reestruturação da política de saúde pública, o que favoreceu a sua municipalização.

A municipalização, assim como a descentralização é fruto de um processo histórico, encontramos, na década de 1950, alguns ensaios desse processo norteados pela concepção sanitaria desenvolvimentista que conseguiu influenciar a III CNS, que longe da participação da sociedade ficou apenas em formulações que segundo Fadul, “A idéia era criar uma rede flexível, que em nível municipal se adequasse à realidade do município e que fosse se tornando mais complexa à medida que o próprio município se desenvolvesse...” (1978, p.74).

A Carta Constituinte de 1988 no que se refere à saúde, especialmente o artigo 198 (como já citamos), reza que “as ações e os serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada”, constituindo um Sistema Único de Saúde (SUS), com direção única em cada esfera do governo e com a participação da comunidade. Assim, regionalização e hierarquização dos serviços de saúde se constituem como parte do processo de descentralização.

No tocante à competência legislativa, ela é recorrente: União e Estados podem legislar sobre assuntos de defesa e proteção da saúde, cabendo à União expedir normas gerais e cuidando os Estados de complementa-las para atender as suas peculiaridades. Na ausência de normas gerais, a competência do Estado é plena... O município tem competência própria para legislar sobre assuntos de interesse local e pode complementar e suplementar a legislação federal e estadual, no que couber (art.30, I, II apud SANTOS, 1997, p.252).

⁵⁹ “A regionalização pressupõe a hierarquização e aí os serviços se imbricam (dentro do conceito de rede): serviços municipais e serviços estaduais (raramente federais, pois a União não mais executa serviços médico-hospitalares...” (SANTOS, 1997, p. 254).

Há de se considerar que as três esferas de governo apresentam peculiaridades e atribuições diferenciadas. O nível municipal prevê a autonomia e a competência para legislar sobre assuntos de interesse local e pode complementar e suplementar a legislação federal e estadual, no que couber. (CF, art. 30, I, II). O Estado e o Poder Federal têm competências para legislar sobre a saúde. Cabendo à União expedir normas gerais e cabe aos Estados complementá-las para atender as suas peculiaridades. Na ausência de normas gerais, a competência do Estado é plena. (idem, art. 24).

O município, para nós, tem um papel de destaque, no tocante as ações de saúde já que por estar territorialmente delimitado, torna-se propício a participação da sociedade no seu acompanhamento e fiscalização, ou seja, o controle social que a partir das necessidades do local implanta e executa ações de saúde.

Quanto ao município, a sua competência legislativa no campo da saúde irá se referir sempre aos assuntos de interesse local. O município legisla no interesse local, além de suplementar a legislação federal e estadual no tocante à saúde, sempre que o interesse local o exigir (SANTOS, 1997, p.252).

Observamos que a 9ª CNS: Descentralizando e Democratizando o Conhecimento, realizada no período de 19 a 14 de agosto de 1992, enfocou nas suas discussões a municipalização como face da descentralização, com fortalecimento para o poder local.

Essa conferência sob o temário “A municipalização é o caminho” teve duas características básicas: a primeira foi a ratificação do SUS como modelo ideal de política de saúde para o país; e a segunda foi o primeiro movimento expressivo, tanto do ponto de vista quantitativo quanto qualitativo, a defender o impeachment do então Presidente da República (BRAVO & MATOS, 2002, p.202).

A Lei Orgânica da Saúde (LOS), reafirmou o caráter descentralizador do SUS, conferindo aos municípios a responsabilidade pela gestão da saúde, mas ao repasse financeiro “[...] mas mantiveram – se as indefinições e generalidades das competências conferidas as instâncias de âmbito estadual e federal ...” (NASCIMENTO, 2001, p.50), a autora critica a falta de definição das competências e à origem dos recursos financeiros para a gestão da saúde pública.

Nascimento (2001) chama a atenção para o fato dos serviços de saúde serem transferidos para os municípios sem a “[...] adequada contrapartida financeira [...]” (2001, p.51). Além disso houve descredenciamento de hospitais privados, dado o seu desinteresse em continuar prestando serviços para o poder público, após a implantação do SUS, que se por um lado é positivo, no sentido de controle e regulação de vagas e de verbas dos recursos geridos pelo Estado, especificamente da saúde, por outro lado, evidenciava o caos, no sentido do SUS

não contar com uma estrutura adequada para a universalização do atendimento, que segundo Nascimento a falta de leitos em hospitais significou o verdadeiro caos da área.

A falta, histórica, de compromisso e investimentos públicos na área da saúde vem gerando o seu verdadeiro “caos”, o qual pode ser visualizado na imprensa (lida e falada) que esporadicamente mostra a fragilidade desta área, como o Programa Fantástico⁶⁰. Nascimento refere-se às deficiências hospitalares públicas, que sobrevive precariamente sem investimentos financeiros e, portanto, o “caos” facilmente ilustrado “[...] pela falta de leitos para internação da população [...]” (2001, p.51).

Para a viabilização desse processo de descentralização é criado a Norma Operacional Básica (NOB 01/93)⁶¹ por meio de Portaria Ministerial. Essa radicalizou o processo de descentralização e, definiu estratégias e movimentos táticos que orientam a operacionalidade do sistema de saúde, “[...] visava disciplinar o relacionamento entre as esferas de governo, criar novos espaços de negociação e decisão, assim como estabelecer critérios para o repasse dos recursos financeiros [...]” (NASCIMENTO, 2001, p.53).

O Conselho Nacional de Saúde, visando estimular a criação de Conselhos municipais e estaduais, atrela à lei o repasse de verba aos critérios de formação de Conselho, e Fundo de Saúde, planejamento das ações, entre outros. Os defensores da municipalização da saúde apóiam a criação da “[...] Comissão Intergestora Tripartite e a Bipartite, com composição paritária, sendo a primeira formada por representantes dos governos municipal, estadual e federal, e a segunda por representantes do governo estadual e municipal [...]” (nascimento, 2001, p.53), compreendendo estes espaços como fundamental para a consolidação do SUS.

Até meados de 2000, 97, 04% todos os municípios do país (5.343 em 5 506) haviam municipalizado a rede ambulatorial básica pública e os serviços de vigilância em saúde (epidemiológica e sanitária) existentes em seus territórios. No entanto, apenas 8, 97% (494 em 5506) haviam passado também a ter controle sobre todos os serviços financiados com recursos públicos – ambulatoriais, hospitalares, terapêuticos, ou de apoio diagnóstico, inclusive aqueles contratados de prestadores privados (BRASIL, 2000 apud CORTES, 2003, p.26).

⁶⁰ Noticiário, apresentado pela Rede Globo de televisão aos domingos, sendo esta matéria apresentada no dia 06/12/2003.

⁶¹ “A elaboração desse documento ocorreu numa conjuntura especial, após o impeachment e a substituição do presidente Collor, quando a primeira estratégia do recém empossado ministro da saúde, Jamil Haddad, foi constituir um grupo técnico formado por representantes do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde, do Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde e do Conselho Nacional de Saúde, sob a coordenação da Secretaria Executiva do Ministério da Saúde. Uma das atribuições deste grupo ampliado foi redigir a NOB 01/93, regulamentando o teor do documento “A ousadia de fazer cumprir a lei” (NASCIMENTO, 2001, p.53).

As disposições legais contidas na Norma Operacional Básica (NOB) 93-96,⁶² normatizaram e estimularam o processo de municipalização de saúde. De acordo com a NOB 01/96 são estabelecidos diferentes níveis de gestão tais como: incipiente, parcial e semiplena, enquanto complexidade e responsabilidades, permitindo situações e períodos de transição no processo de descentralização da política de saúde pública. Isso contribuiu para a responsabilidade de planejamento e descentralização do SUS, visto que, estabelece critérios para a gestão da saúde pública, os municípios passam a ser co-responsáveis por essa área, ou seja, o que antes se restringia ao poder federal se aproxima cada vez mais dos locais em que os serviços de saúde são prestados a população: os municípios. Dos vários pontos positivos facilitou a criação de espaços públicos para a defesa dos interesses da população e a sua participação.

Se por um lado, descentralização enunciada na Constituição é uma diretriz defendida pelo movimento sanitário como parte de um processo, objetivando a democratização, equidade e eficiência das ações. Por outro, representa a possibilidade de promover a racionalização e, conseqüentemente a redução, as despesas e os investimentos financeiros, implicando numa resposta neoliberal de minimização do Estado frente às políticas públicas.

Portanto, o risco é utilizar-se da descentralização como meio de apenas reduzir gastos, que sob o nosso ponto de vista, promove a desqualificação de infra-estrutura, de materiais e de profissionais, ou seja, no sucateamento dos serviços de saúde pública. Para que isso não ocorra é necessário a participação da sociedade na condução das políticas públicas, em especial na área de saúde.

Participação em Saúde: Comunitária, Popular, Social ou Cidadã?

O eixo político da política social centra-se no fenômeno da participação. É através dela que promoção se torna autopromoção, projeto próprio, forma de co-gestão e autogestão, e possibilidade de auto-sustentação [...] (PEDRO DEMO).

Neste estudo, no qual trazemos um ensaio histórico sobre a saúde pública, podemos observar que a questão da participação da sociedade esteve vinculada aos ideários de democratização do país. Ela foi expressada tanto pelos movimentos sociais de luta por

⁶² “Em 06 de novembro de 1996 é editada a NOB/96. Promove mudanças substantivas no processo de descentralização da saúde. Todavia ela somente passa a ser efetivamente implantada no início de 1998, dada a resistência de alguns gestores estaduais. Estes viam como uma ameaça aos estados, donos de uma rede de serviços com maior capacidade resolutiva em termos de atos médicos mais complexos e por conseqüência mais onerosos” (NASCIMENTO, 2001, p.57).

melhores condições de vida, como por e liberdade política. Na saúde, a prática participativa é subjacente de organizações internacionais e da medicina comunitária iniciada, em meados de 1970, no Brasil, com o sanitarismo, que possibilitou alguns movimentos, como já mencionados (sanitário e movimento popular de saúde, o qual enfatizamos o ocorrido na zona leste de São Paulo). Ambos criticaram e propuseram a reforma da política de saúde, garantindo a participação da sociedade, apontada anteriormente neste trabalho.

Assim, as experiências de saúde comunitária atrelada aos demais movimentos sociais, visando melhores condições de vida, e à instauração da democracia política no país, garantiram legalmente a participação da sociedade na saúde pública brasileira. Então, entendida como controle social e realizada a partir do acompanhamento, da fiscalização e da avaliação das ações de saúde, em espaços institucionais (Conselhos e Conferências de Saúde).

Chon (2003, p.45-56) chama a atenção para as diferentes definições dos conceitos de *participação da comunidade e do controle social*, ambos designados para se referir à participação da sociedade na saúde pública. Para a autora, o *controle social* seria utilizado pela sociedade para fiscalizar ou, até mesmo, para punir àqueles que não se comportam de acordo com os padrões e normas sancionadas por esse mesmo grupo social, indo de encontro com a abordagem foucaultiana, apontada anteriormente.

Em relação à participação da comunidade, a autora nos convida a refletir sobre o termo comunidade que atualmente se traduz, como antônimo de sociedade, visto que esta é constituída por diversos segmentos sociais, que idealizam diferentes objetivos: Então, comunidade, para Chon (2003) refere-se a um “conglomerado de indivíduos que estão reciprocamente vinculados de forma organizada e por sua vontade própria, e que se conhecem e se aceitam de forma positiva como membros pertencentes àquele grupo” (p.46). Nesse último, há a existência de objetivos comuns e a identidade de grupo, funcionando como uma unidade fechada.

Portanto, há uma convergência nas definições dos termos *comunidade e sociedade* garantidos legalmente para a participação, sendo necessário uma abordagem conceitual a respeito de participação.

Percebemos que a idéia de participação como núcleo integrante da administração de políticas públicas, na saúde, esteve vinculado tanto aos problemas financeiros, representados pela “crise” da Previdência, quanto à necessidade de romper com um modelo administrado por meio de decisões autoritárias, tomadas pelo poder central e de privilégio às práticas curativas e as de cunho privado.

Como já demonstramos, o advento da medicina comunitária, somada aos organismos internacionais, à Organização Mundial de Saúde (OMS) e também à Organização Panamericana de Saúde (OPS) passam, em meados de 1970, a preconizar alternativas de saúde, visando a integralidade, a hierarquização, a regionalização e a universalização. Esses eram tidos como pressupostos técnico-político, que deveriam ser adotados pelos países, principalmente os em desenvolvimento, que segundo o relatório da Conferência realizada em Alma Ata, receberiam apoio financeiro dos países ricos.

O artigo IV, do respectivo documento reza que “É direito e dever dos povos participar individual e coletivamente no planejamento e na execução de seus serviços de saúde” (RELATÓRIO FINAL DE ALMA ATA, 1978). Então, as condições brasileiras da política de saúde, a participação e a estratégia de atenção básica são adotadas pelo Estado brasileiro como uma inteligência sanitária (CARVALHO, 1995, p.35), repercutindo na gradual mudança do modelo hegemônico de saúde pública.

Com a institucionalização de conquistas, relativas a essa área, a participação é um direito e ao mesmo tempo um dever e responsabilidade da sociedade para não só fiscalizar a política de saúde mas também, sobretudo, propor ações necessárias, principalmente, no âmbito municipal. Assim como conceber a participação da sociedade na política de saúde pública?

A participação no contexto político foi, ao longo dos tempos, realizada sob várias modalidades, de acordo com os diferentes pressupostos teóricos que a fundamenta “[...] liberal, a autoritária, a revolucionária e a democrática [...]” considerando ainda a dicotomia entre os mesmos “[...] geraram historicamente, outras interpretações a partir de composições tais como: liberal/comunitária, liberal/corporativa; autoritária (de direita e da esquerda); revolucionária (gradual ou por ato de força); democrática radical etc” (GOHN, 2003, p.15). Assim, ela não pode ser vista como um processo aistórico, neutro e pacífico, uma vez que é impregnada de conteúdo ideológico e utilizada tanto para contestar como para legitimar o Estado.

Com efeito, considera-se participação política desde comparecer a uma reunião de partidos, comícios, grupos de difusão de informações, até inscrever-se em associações culturais, recreativas, religiosas ou, ainda, realizar protestos, marchas, ocupações de prédios (SANI, 1986; COTTA, 1979 apud TEIXEIRA, 2002, p.25).

Na visão de Teixeira (2002) apesar das diferentes acepções e embasamentos que pode ter a participação, esta se constitui “[...] em formas diferenciadas de expressão e ação coletiva, com ou sem conteúdo político explícito a depender dos seus objetivos e contextos. O

importante é considerar o elemento político...” (2002, p.26). Portanto, sua variação não exclui a complexidade e a independência, no sentido, de ato individual, porém, trata-se de uma relação “[...] entre atores diferenciados por suas identidades, interesses e valores, os quais se expressam sob várias formas, conforme a capacidade daqueles e as condições objetivas do regime político” (2002, p.26), permeada de poder entre os mesmos.

Participação tem assim um caráter plural, uma gama variada de experiências individuais traduzidas em ações coletivas e complexas, pois tecem relações entre Estado e sociedade. Apesar das variações que pode adquirir significa “[...] “fazer parte”, “ser parte” de um ato ou processo, de uma atividade pública, de ações coletivas” (TEIXEIRA, 2002, p.25). A forma de fazer valer os seus objetivos, as respostas e os comportamentos que estabelecem os vários atores, e ainda a relação entre si e com o todo (Estado), constitui-se em atitudes coletivas. Ela opõe-se ao particularismo construindo, num processo de empowerment identidades autônomas e políticas.

Cabe ressaltar que as teorias fundamentadoras do conceito de participação, não é foco deste estudo, mas dentro das nossas limitações, perseguiremos algumas das modalidades.

Participação Comunitária

No Brasil, a história da participação comunitária inicia-se a partir da influência americana, na década de 1950, através da implantação de ações sanitárias. Essas eram prestadas a indivíduos e grupos populares, desenvolvidas na perspectiva de desenvolvimento de comunidade. Nesse sentido houve a implantação do SESP, já apontado no primeiro capítulo. Para Carvalho (1995, p.16) os Estados Unidos, no contexto da guerra fria, estabelece sistemas de “ajuda e sedução aos países subdesenvolvidos” com o pretexto de “desenvolvimento econômico e social”, previa nos projetos e programas o envolvimento comunitário.

Carvalho (1995, p.14-20) expõe que o tipo de participação (comunitária), estabelecida no Brasil, tem sua exegese na sociedade americana, a partir dos centros comunitários de saúde os quais apontavam para a crescente relação entre pobreza e doença.

Assim, o autor expressa que esses centros ofereciam sinteticamente, assistência social no geral e sanitária, no particular; educação voltada para aspectos inerentes a higiene e solidariedade coletiva; integridade das ações por meio de programas materno-infantil, tuberculose, doenças venéreas, saúde mental etc; descentralização e organização comunitária

considerando a integração dos serviços com a localidade atendida, ou seja, o seu meio, os hábitos e a cultura, esses seriam valiosos para a obtenção de resultados positivos.

Essa maneira de prestar atendimento sanitário não foi disseminada rapidamente, mas representou, dentre outros uma nova concepção de se fazer saúde.

[...] A população deixa de ser alvo inerte de uma ação controlista e normativa no campo sanitário, e passa a ser chamada a cumprir um papel minimamente ativo e consciente no esforço de busca da saúde pública. A ação sanitária não poderia depender mais apenas da coerção, mas deveria conquistar o assentimento da população (CARVALHO, 1995, p.14).

Neste contexto, a medicina comunitária se apresentou como uma forma de compreender mais profundamente a questão da saúde/ doença. Ao mesmo tempo em que se identifica as limitações contidas nessa ideologia, visto que a mesma considera os problemas sociais como riscos à saúde, porém não se aprofunda à questão “originária” a exploração do trabalho a partir de um sistema excludente e à própria política que legitima esse modo de produção.

Para Gohn (2003, p.50), este tipo de participação tinha como método incorporar as pessoas em programas previamente elaborados por autoridades e missionários, usando-as na resolução de problemas sociais.

Desse modo, a participação comunitária fundamenta-se no referencial funcionalista, que segundo Carvalho (1995) está expresso na sua própria definição de “[...] comunidade... designa difusamente um agrupamento de pessoas que coabitam num mesmo “meio ambiente”... compartilham... de “condições ecológicas” de existência, independentemente dos fatores estruturais ou conjunturais que lhes dão origem” (1995, p.16).

Então podemos dizer que vida em comunidade define-se “[...] social e culturalmente homogênea [...]” (1995, p.16), conferindo aos seus membros a possibilidade de sua organização para a solidariedade, trabalho voluntário e de auto-ajuda.

Trata-se assim de uma concepção autárquica de comunidade que abstrai sua inserção no contexto sócio-econômico mais amplo. A comunidade poderá combater a pobreza e a doença em função de sua capacidade de se unir, se organizar, se esforçar, numa versão coletiva do *self-made man*. A participação é fetichizada como o passaporte para as melhorias sociais (CARVALHO, 1995, p.17).

Mas se por um lado a medicina comunitária repercutiu em solidariedade social sem um posicionamento político mais autêntico. Por outro lado, pode ser vista como progressiva mudança no lidar com os problemas de saúde.

Como vimos os problemas sanitários (dentro da concepção do miasma – relação desequilibrada do homem com o meio ambiente, no sentido de que as doenças surgiriam do ar e da água estagnadas e contaminadas), a partir dos fisiocratas, possibilitaram ao estabelecimento das primeiras ações de saúde, porém “[...] Dessa época ficou célebre a idéia de que “a saúde (pública) é uma questão de engenharia e não de medicina, pois esta aponta os problemas, mas é aquela que os enfrenta e resolve” (MERHY apud CARVALHO, 1995, p.12).

Já no século XIX, com a descoberta do germe (que invade o corpo) inicia-se as ações coletivas tais como a da vacinação em massa “[...] Datam daí as medidas, muitas ainda contemporâneas, de intervenção direta nos corpos biológicos e nos agrupamentos sociais em caráter compulsório” (CARVALHO, 1995, p.12). Assim, ilustramos que historicamente, a pessoa foi vista como secundária na relação saúde/doença, e que a medicina comunitária representa uma forma gradual de conduzir o tratamento e a eliminação de problemas por meio de uma relação mais integrada com as pessoas e seu habitat.

Em meados de 1960, a política americana que já atuava nos países em desenvolvimento com programas enfocados na filosofia de desenvolvimento comunitário, assume, em seu país, a medicina comunitária, que então deixa de ser apenas um movimento civil. Assim, investe-se na “[...] concepção de que auto-ajuda constitui a forma mais efetiva de superação da pobreza...” (DONNANGELO apud CARVALHO, 1995, p.17). Essa concepção visava ofertar assistência médica aos excluídos, e para isso previa a articulação entre os serviços ambulatoriais, hospitalares e universitários envolvendo a população local no planejamento e administração de programas.

Esse modelo não se expandiu nos Estados Unidos e nem de imediato nos países da América Latina. No entanto, com a intervenção de novos atores sociais e coletivos representados pelas agências internacionais - (como a já citada Conferência de Alma Ata) que intencionaram estabelecer novos parâmetros sociais para a melhoria da qualidade de vida - acabam por fazer a mediação deste com outros países (geralmente em desenvolvimento), ao apontar politicamente a necessidade de reestruturação dos serviços de saúde pública face aos problemas sociais.

Diante da dinamicidade inerente a toda sociedade, no Brasil, a medicina comunitária, representou politicamente a extensão dos serviços de saúde,⁶³ principalmente, quando adquiri uma boa dose de pensamento crítico que fomentou os movimentos de saúde como o da zona

⁶³ [...] esse modelo se introduziu claramente como uma proposta de extensão da cobertura da assistência médica que, naquele momento, meados dos anos 70, não alcançava 50% da população...” (CARVALHO, 1995, p. 19).

leste de São Paulo, abordados anteriormente. Esse movimento mesmo que marginal, serviu de base para a participação popular na década de 1980. Representou também ensaios para uma nova concepção de saúde que não se assimilava ao conceito “campanhista policial”, adotado no início do século XX, e a medicina privada favorecida, especialmente, pelo advento da Previdência e reforçado no regime militar.

Portanto, a medicina comunitária, proposta oficial do governo, foi permeada pela participação comunitária com diferentes intencionalidades variando em práticas que vão desde a “[...] transferência burocrática de informações sanitárias de uso ou aplicação doméstica, até a pretensiosas e quixotescas provocações contra o monopólio do saber médico no contexto de proposta de criação trabalhador coletivo de saúde (equipe multidisciplinar)” (CARVALHO, 1995, p.19); significando uma proposta não oficial (do governo) principalmente relativa às iniciativas de politização comunitária que estimularam os movimentos sociais dessa área conduzindo à sua reforma.

Participação Popular

O modelo de participação comunitária representou uma estratégia política, no sentido de ampliar os serviços na área da saúde, sendo esta estimulada por técnicos que apesar de ter suscitado algumas iniciativas de maior organização e reivindicação ficaram mais no plano da comunidade.

Para Van Straleen essa participação, ao ficar dependente da ação de técnicos, preliminarmente, demonstrou-se extremamente fragilizada, uma vez que, sempre “[...] que o trabalho significava alguma ameaça ao *status quo*, ou canalizava reivindicações populares para instituições governamentais, as experiências foram interrompidas e os técnicos foram institucionalmente marginalizados” (apud CARVALHO, 1995, p.21).

Em fins de 1970 e início de 1980 emerge um novo conceito de participação, mais amplo, que passa abarcar a categoria povo, não se limitando a comunidade ou aos problemas de saúde. Os próprios movimentos, dessa área, ao tomarem consciência de que a integração das pessoas em ações simplificadas em insuficientes para reduzir os problemas sociais geradores de riscos à saúde, implicando, portanto, em novas ações. “É preciso comprometer-se com o movimento popular, onde através dos mais diversos ângulos, os problemas e a vida do povo são analisados e assumidos pelo próprio povo” (CARVALHO, 1995, p.21).

Se o método de participação de comunidade tinha como lócus os centros de saúde, na participação popular ele transcende para a sociedade e o Estado “[...] a categoria comunidade

é substituída pela categoria povo, aqui designado parcela da população excluída ou subalternizadas no seu acesso a bens e serviços...” (CARVALHO, 1995, p.21).

Em relação à teoria que fundamenta Carvalho (1995) explica que há uma aproximação doutrinária com o marxismo quando “[...] introduz-se a questão da segmentação social não mais apenas como elemento de descrição da distribuição dos problemas de saúde, mas como chave para a sua explicação” (1995, p.21). Já para Gohn (2003) há uma contradição, pois, “[...] os teóricos que alimentavam a redemocratização, advindo em boa parte de concepções de esquerda...” (2003, p.52) tinham, na prática, uma participação de cunho liberal, uma vez que a operacionalização dessa era feita por meio da pressão popular, encaminhada diretamente ao administrador público, centrando o poder de decisão na sua pessoa. Aponta também para o seu fator mecanicista, que ao buscar incorporar no interior dos órgãos públicos seus representantes, reduzia-a “[...] Participar era ter gente lá” (2003, p.52).

Ao final da década de 1970, com a crescente crise do regime militar e também da economia do país, têm-se um espaço propício à reivindicações “[...] pelo acesso e reconhecimento dos direitos sociais, econômicos e políticos dos setores populares... buscava-se o direito de eleger representantes para cargos públicos, o direito de se manifestar e de se organizar livremente” (GOHN, 2003, p.50).

Com um significado próximo de resistência à participação popular foi uma forma de se opor à miséria, à fome, e às restritas políticas públicas, no sentido de buscar a sua universalização.

Cruzam-se aí diversas modalidades de experiências, mais ou menos institucionalizadas, mais ou menos organizadas, envolvendo Igreja, associações, sindicatos, todos acoplados ao movimento, sendo portadores de propostas e projetos diversos mas todos passando e comprometidos com a idéia da participação popular como caminho de transformação política das práticas sanitárias e do conjunto do sistema de saúde. (CARVALHO, 1995, p.24)

Portanto, no início dos anos de 1980, estabeleceu-se uma relação entre as desigualdades sociais e o papel do Estado, contrariando a abordagem anterior “Não se trata mais de comunidades enfrentando um meio ambiente desfavorável...” (CARVALHO, 1995, p.22), mas de toda uma sociedade em busca de direitos e serviços, numa dimensão que extrapola as questões técnicas para abranger a política. “A participação passa a ter o sentido explícito de luta e contestação” (1995, p.22). Nas palavras de Gohn “Tratava-se de mudar as regras do controle social e de alterar a forma de fazer política no país” (2003, p.50).

Desse modo, a participação popular está imbricada nas experiências concretas dos movimentos sociais urbanos deste período. Num primeiro momento, ela teve um

posicionamento anti-Estado voltando-se, contra a política hegemônica vigente. Após a queda do regime militar e as suas conseqüentes eleições, a ação participatória buscava não apenas a incorporação dos seus representantes, mas o espaço para a democracia.

Demo (1988) assinalou, naquela época, que a participação envolve mais do que a demanda: envolve a criação de canais; disso resultou a discussão como e quais seriam esses canais. Já se começava a delinear uma discussão a respeito dos conselhos: que canais, com que qualidade e como participar. O debate denotava a passagem de uma fase da participação como simples pressão pela demanda de uma bem para outra fase, em que havia certa qualificação da participação (GHON, 2003, p.51).

Foi iniciado assim, o processo de cultura democrática que até então inexistia, a organização desses atores, a luta por direitos e a conquista de alguns deles, estabelecem, segundo Gohn (2003), em 1980, conquistas tais como: o do campo democrático e a da criação de novos canais.

[...] formado por movimentos populares; por movimentos sociais pluriclassistas como o de mulheres, de negros, de ecológicos etc; por lideranças das novas centrais sindicais; por parlamentares e partidos políticos oposicionistas; por entidades profissionais comprometidas com a democracia; e por ONGs então emergentes na cena política nacional (GOHN, 2003, p.52).

Esse espaço (campo democrático) tornou-se sedutor para a pressão e para reivindicação de demandas populares, estabelecendo uma relação entre cultura e política, à medida que buscava transformar a realidade na contra corrente de uma sociedade regida pelos critérios de classe, etnia e gênero e, portanto, de dominação (mais “fortes” contra os mais “fracos”) o que Dagnino (1994) chamou de autoritarismo social.

Os novos canais constituem-se em colegiados, geralmente na forma de conselhos. Para a autora, esses enfrentaram vários limites enraizados na estrutura política do país, expressados pelo clientelismo, pela sobreposição de interesses privados aos públicos, pela apropriação indevida dos serviços e recursos públicos etc.

[...] Estávamos em uma fase de transição, em que as estruturas de participação foram sendo construídas a partir de arcabouços institucionais existentes, velhos e carcomidos pelos longos anos de práticas populistas, seguidas pelas tortuosas e penosas décadas da ditadura militar” (GHON, 2003, p.53).

Acrescenta que nem sempre a participação existia de fato “[...] o processo se resumiu a um grande discurso e a uma prática fantasmagórica, arquitetada de cima para baixo, objetivando legitimar o pseudo processo democrático em curso...” (idem, p.54), o que garantia o retorno político.

Para Teixeira um dos limites da participação popular, considerada uma modalidade, foi o fato de restringir ideologicamente os seus “[...] atores em segmentos sociais mais explorados, principalmente urbanos (trabalhadores, favelados, desempregados) excluindo os setores sociais médios, intelectuais, profissionais, pequenos e médios empresários, também dominados, considerados fora do campo popular” (2002, p.32).

Aponta ainda para o fato de vários organismos sociais e políticos terem-se aproveitados desse método participativo, reforçando a dominação, uma vez que, usavam “[...] dos segmentos dominados da população em seus projetos e políticas, inclusive como estratégia de redução de custos (mutirões, parcerias) e com objetivos de manipulação ideológica” (TEIXEIRA, 2002, p.32).

Essa modalidade, apesar de não ter conseguido de imediato efetivar a mudança política significou substantivo avanço, além das conquistas já mencionadas (campo democrático e novos canais), conseguiu a “[...] ocupação de espaços físicos para que se fizessem ouvir outras vozes além das do que estavam no poder, para que democratizasse a sociedade incluindo a diferença” (GHON, 2003, p.55). Representou, então, um posicionamento da sociedade frente à forma autoritária e excludente de se fazer política, abrindo caminhos para uma nova institucionalidade instaurada no país com a nova Constituição de 1988.

Participação Social

A questão da participação social corresponde à invenção progressiva de mecanismos, cada vez mais, sofisticados, proporcionados pela organização da sociedade em busca de melhores parâmetros de qualidade de vida. Assim, a medida que a população identificou a política de governo autoritária e centralizadora, almejou o estabelecimento do Estado democrático garantindo nesse espaço a sua permanente influência, com isso há uma mudança visível nas formas de relação entre sociedade e Estado e de participação.

A invenção dos diferentes mecanismos (assembléias, associações, comissões, conselhos, fóruns, sindicatos) de participação vai sendo delineada na estrutura da sociedade civil, “fora do Estado”, e no interior da administração pública, especialmente, nas políticas sociais, “dentro do Estado”, porém pressionados pelo primeiro (“fora do Estado”).

Na luta pela modificação das relações entre Estado e sociedade civil, atores sociais e políticos buscaram, sobretudo, a ampliação e a universalização dos direitos civis e políticos.

Assim, descortina-se as novas possibilidades para essa relação exigindo de ambas as partes (sociedade e Estado) um esforço para a convivência e para o reconhecimento da alteridade, configurando no que vem sendo denominado de empowerment, para o qual a participação comunitária e popular não conseguiria consolidar esse processo.

Enfatizamos que a participação comunitária e popular favoreceu ao aparecimento da participação social e cidadã a ser explanada na seqüência. As duas últimas acontecem em espaços constituídos de interlocução do Estado com a sociedade, mas só foi possível com a mobilização das duas primeiras, numa lógica paulatina de entendimento e de amadurecimento das pessoas, enquanto sujeitos autônomos e políticos, cidadãos.

Circunstanciado um novo cenário político e econômico no país, marcado pela dualidade da democracia política - rompendo com a histórica ditadura militar – e a visibilidade da crise econômica, estrategicamente a sociedade passa a se organizar, não por causalidade, mas por alternativa do corpo social em enfrentar os problemas oriundos da desigualdade da sociedade capitalista e também pela garantia do espaço (inédito) na relação dos cidadãos com as políticas públicas contemporâneas.

Desse modo, a participação social e cidadã, são modalidades aperfeiçoadas, aprimoradas, formalizadas e oficializadas pela sociedade brasileira (civil e política), no final de 1980.

Um dos fatores da democracia política desse período, o sufrágio universal, possibilitou, dentre outros a ascensão de representantes legítimos da população, inclusive aqueles que se opunham a forma elitizada, autoritária e centralizadora da administração histórica do país à gestão de várias cidades brasileiras, esse para Maria da Glória Ghon:

[...] é de suma importância porque ele possibilitou requalificar a temática da participação em outras dimensões, que dizem respeito ao aprofundamento da democracia; a construção de um novo paradigma; às ações coletivas baseadas na categoria da cidadania, lastreados não em estruturas físicas, mas em relações sociais novas que se colocam entre o público e o privado, originando o público não estatal. Participação comunitária e participação popular cedem lugar a duas novas denominações: participação cidadã e participação social. (2003, p. 56).

Como vimos, o processo de democratização foi defendido, em especial pelos movimentos populares, e favoreceu o estabelecimento de um novo tipo de participação, não mais caracterizada por grupos excluídos, mas pela sociedade.

Amélia Cohn (2003) explana que este novo modelo se diferencia da participação da comunidade pela heterogeneidade de seus atores “[...] caracteriza-se exatamente por os indivíduos não estarem essencialmente vinculados entre si, constituindo por tanto o “conflito”

e a heterogeneidade de vínculos entre os indivíduos um dos traços mais marcantes e mais fundos” (2003, p.46).

A participação social ao que parece trata-se de um termo um tanto polêmico, primeiro, pela sua própria definição e segundo pelos seus objetivos.

O primeiro aspecto refere-se a sua definição Cohn (2003) situa-a no âmbito da legalidade do seu exercício na política de saúde, especialmente por meio dos conselhos. A mesma aponta para a divergência entre os termos participação da comunidade (art. 198, CF) e controle social (predominado nos documentos oficiais do SUS), já apontados no início da nossa reflexão sobre participação. Ambos utilizados para designar a participação da população no acompanhamento, na avaliação e na fiscalização da saúde pública.

Carvalho (1995) denomina a participação social, “[...] como uma nova visão de participação... ao pretender dar conta das relações entre o conjunto dos segmentos sociais e o Estado...” (1995, p.25) Ele ainda aponta que nesta modalidade não é a proposta de apenas um sujeito específico que está em jogo, mas “o status de um modelo geral/ideal de relação Estado-sociedade” (1995, p.25).

A categoria central deixa de ser comunidade ou povo e passa a ser a sociedade. A participação pretendida não é mais a de grupos excluídos por disfunção do sistema (comunidades), nem a de grupos excluídos pela lógica do sistema (povo marginalizado), e sim a do conjunto de indivíduos e grupos sociais, cuja diversidade de interesses e projetos integra a cidadania e disputa com igual legitimidade espaço e atendimento pelo aparelho estatal (ibidem, p.25).

Compreendemos que o autor ao denominar participação social estaria se referindo também a participação cidadã, a qual inclusive é título da referida obra. inclusive Gohn (2003) faz uso da citação acima para explanar sobre a participação cidadã e mostra como ela é distinta da comunitária. Apresenta aquela a partir de uma ressignificação do conceito de mobilização não mais “[...] como a aglutinação de pessoas para fins de protestos, manifestações públicas (como passeatas, concentrações etc) mas como energias a serem canalizadas com objetivos comuns” (2003, p.59).

O segundo aspecto pelo qual a consideramos polêmica, refere-se aos seus os objetivos visto que esses têm suas raízes apoiadas numa estrutura a partir de atribuições gerais de cunho solidário. Portanto, a participação social, configura-se em um novo tipo de participação comunitária, no qual os técnicos dos antigos centros de saúde, são substituídos por profissionais, funcionários e dirigentes das novas organizações sociais não estatais, (Organizações não Governamentais – ONG’s). Elas atuam nos vários setores sociais e não

mais, especificamente, na área da saúde. Desse modo, há mobilização de pessoas para atingir um objetivo comum, porém, num processo despolitizado.

Observa-se que há um total e completo esvaziamento do conteúdo político da mobilização e a sua transfiguração em processo para a atingir resultados. O novo conceito de mobilização passa a ser uma das diretrizes básicas preconizadas nos programas para uma gestão participativa desenvolvidos pelas novas ONG's do Terceiro Setor (GHON, 2003, p.59).

Segundo a autora, essa abordagem é característica dos estudos norte-americanos a respeito de ação coletiva. Os mesmos dão relevância a motivação das pessoas com as questões inerentes a vida em comunidade: bairro, escola etc. Aponta ainda para o sentimento de pertencimento como um fator motivador desse tipo de participação.

Entretanto, essa modalidade de participação se distancia da comunidade ao se vincular as ONG's, que se instituem a partir de objetivos mais gerais como drogas, juventude etc. Os laços sociais que unem os indivíduos que participam não se localizam preponderantemente em estruturas identitárias baseadas no território (vizinhança), local de trabalho ou outros fundados principalmente em laços fortes. (GHON, 2003, p.60).

A autora faz alusão ao novo cenário político e econômico do país, como possibilitador do surgimento das ONG's (diante da complexidade do assunto não o aprofundaremos neste trabalho) sendo muitas delas financiadas por organismos internacionais e também com parcerias de órgãos públicos municipais ou estaduais. A questão que se levanta é em relação a continuidade e a focalização dos projetos, não tendo obrigatoriedade com o universal. Há a modelagem de um cidadão passivo, cliente/usuários de políticas sociais compensatórias (GHON, 2003, p.61).

Para Teixeira (2002, p.31) a “participação social ou comunitária” estaria relacionada a organização “[...] para a defesa de interesses específicos ou expressão de identidades”, já a participação cidadã teria objetivos mais amplos e essencialmente política e de interação com o Estado.

Ao evidenciar a ação cidadã das Organizações Não Governamentais, especialmente, as de cunho internacional, o autor (Teixeira, 2002, p.54-76), nos remete a idéia de que organizações sociais expressadas por ONG's ou por grupos e associações (participação social) não estão impedidas de exercerem a participação mais ampla (cidadã): desde que estejam pautadas pelo esforço de fortalecimento da sociedade, pelo debate público e pelos deveres e responsabilidades perante o Estado, incluindo ainda o controle social sobre este (Estado) e também sobre o mercado.

Participação Cidadã

A participação cidadã, como parte de um processo na esfera das relações entre Estado e sociedade civil, emerge, a medida que os vários atores sociais e políticos apontam para o necessário controle do Estado e do mercado. Importa dizer que “[...] Sua base encontra-se na universalização dos direitos sociais e na ampliação do próprio conceito de cidadania, assim como referencia-se numa nova compreensão do caráter e do papel do Estado” (CARVALHO, 1995, p.25-26).

Na perspectiva do Estado democrático essa participação é salutar no controle dos excessos e abusos da máquina estatal, visto que inclui nos seus diversos níveis e esferas a representação dos mais variados segmentos sociais, garantindo a diversidade de interesses e projetos.

Uma das características desse padrão de participação é a sua tendência a institucionalização, aqui entendida como o processo de inclusão no arcabouço jurídico institucional do Estado de estruturas de representação direta da sociedade, investidas de algum nível de responsabilidades de governo (CARVALHO, 1995, p.26).

Se faz mister, lembrarmos que essa inclusão não se trata de bondade governamental, mas do movimento histórico protagonizado pela sociedade, conforme abordamos. Assim a partir da Carta Constituinte de 1988, é possível o debate e acompanhamento da “gestão” das políticas públicas, desencadeando um processo de cidadania “[...] A participação passa a ser concebida como intervenção social periódica e planejada, ao longo de todo circuito de formulação e implementação de uma política pública, porque toda a ênfase passa a ser dada nas políticas públicas” (GHON, 2003, p.57).

A institucionalização da participação por meio de mecanismos, legalmente instituídos, como bem nos lembra Carvalho (1995, p.27) e como veremos no próximo capítulo, não garante por si só a igualdade de acesso ao poder. “Entretanto, o espaço estatal é reconhecido como passível de ocupação “explícita” através das representações formais e legais dos diversos segmentos sociais [...]”. Portanto, para a funcionalidade desse espaço plural é imprescindível a reciprocidade de diálogo e flexibilidade de negociação rompendo com a postura maniqueísta “[...] que atribuía identidades prévias ao processo político – um bom e uma burocracia ruim – inaugurando o reconhecimento de que os sujeitos políticos constroem-se no processo recíproco de interpelações” (FLEURY apud CARVALHO, 1995, p.27).

Essa participação deve basear-se no debate público de causas mais amplas, abrindo mão do particularismo e do corporativismo, acontece de forma institucionalizada por meio, principalmente, dos conselhos existentes ou a serem criados, atuam articulados em redes e se constituem como atores coletivos, num processo de interlocução dão um novo caráter ao campo popular democrático dos anos de 1980.

[...] Eles são composto por movimentos, ONG's de variados tipos, departamentos de universidades, entidades de classe que apóiam as camadas populares, setores de órgão públicos que desenvolvem trabalhos em parceria com entidades populares voltados para a população, pequenas empresas organizadas sob a forma de cooperativas, federações, fundações etc (GHON, 2003 p.58).

Entretanto, é dependente da capacidade de mobilização e de organização da sociedade, ao mesmo tempo, em que necessita de espaços públicos, para romper com a tradicional negociação nos gabinetes dos Prefeitos. Assim, demandas de grupos sociais específicos (participação social) articulados a objetivos mais gerais e a outros mecanismos institucionais, realizam o controle social e conferem legitimidade a essa modalidade. Há uma mescla entre participação social e os mecanismos institucionais, inventada na luta cotidiana, como exercício de cidadania, constituindo os sujeitos numa relação com o Estado e os demais interlocutores, traduzindo-se na participação cidadã por meio do processo de empowerment.

Para Ghon, (2003, p.56-58) essa modalidade refere-se a universalização dos direitos e “ [...] a ampliação do conceito de cidadania e em uma nova compreensão sobre o papel e o caráter do Estado, remetendo à definição de prioridades nas políticas públicas a partir de um debate público”. Na participação cidadã, como já enfatizamos, “a categoria central deixa de ser a comunidade ou povo e passa a ser a sociedade”.

À luz desse enfoque, consideramos-na como matéria prima do controle social, realizado pelo conselho municipal de saúde. Este último é formado por representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários, ou seja, pela sociedade e não por uma comunidade específica. Cabe destacarmos que esse colegiado é constituído num contexto de paridade, e atua, preferencialmente, a partir do debate público sobre o funcionamento, o planejamento e a avaliação do SUS, portanto configurando-se na participação cidadã.

A idéia de controle social é aqui marcada por um duplo viés: a dura realidade da exclusão social e o caráter secularmente clientelista e privatizado do Estado brasileiro. Como se o Estado, liminarmente suspeito, precisasse ser vigiado, contido, corrigido, em suas práticas habituais. Daí o forte sentido “fiscalizatório” que a idéia de controle social em saúde adquiriu, onde parece mais importante “impedir o Estado de transgredir” do que “induzi-lo a agir (CARVALHO, 1995, p.28).

Então, optamos por utilizar o conceito de participação cidadã, por entendermos que essa denominação vai de encontro com a proposta de participação exposta pelo SUS, através dos conselhos e conferências, uma vez que a Lei 8142 explana que o conselho “atua na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde na instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros” (artigo 1^a. inciso 2^a.).

Assim, nas Conferências e nos Conselhos Municipais, (após a Constituição Federal) a participação cidadã inaugura a era do controle social. Esse ocorre a partir da instância local e com a quebra do papel de submissão desempenhado ao longo dos tempos, pelos usuários dos serviços de saúde e pelos demais cidadãos. Talvez, uma forma de dar continuidade as mudanças propostas pelo movimento sanitário, efetivando assim a democratização e a universalização do direito

Acreditamos que este tipo de participação pode promover a ruptura dos “velhos” modelos de atenção em saúde, voltados ao curativo. E ainda propor a ampliação de políticas públicas de micro e macro direcionamento, para que se possa pensar efetivamente em saúde pública, advinda de um processo educativo, em que a população usuária deixa de ser um “mero detalhe” aos olhos do Estado e aos interesses particulares e passe a se constituir nos usufrutuários do processo de cidadania e de inclusão.

Apesar de todas as limitações que se põem no cotidiano dos conselhos, assunto que será abordado no próximo capítulo, acreditamos que a participação cidadã possibilita a construção de uma nova esfera de homens (empowerment) que com autonomia acompanham mais de perto a política e a administração da coisa pública, exigindo a sua transparência (accountability).

É nesse processo que atores individuais e coletivos encontram elementos capazes de efetivar a transcendência do modelo curativo, emergencialista, para o educativo/preventivo, visto que esse realmente oportuniza a salvaguarda da pessoa humana, na sua condição de sujeito. E que para tal possamos contar inclusive com as categorias profissionais que compõe a saúde, especialmente o Assistente Social.

Participação e *Empowerment*

Como apontamos a experiência de participação no Brasil é relativamente nova, no que se refere ao debate acerca das políticas públicas pela sociedade. Enfatizamos, porém, que no início do século XX, já havia práticas reivindicativas no setor da indústria (exemplo: greve

geral de 1918) e isso sempre foi uma constante para a conquista dos direitos desta área. A partir de 1970 e nos anos subsequentes, o movimento operário reacende a temática participatória com as comissões de fábrica e as oposições sindicais. Nesse período, conforme abordamos, também tiveram forte expressão os vários movimentos sociais. “[...] Esses movimentos trouxeram a temática dos conselhos populares e comunitários para a esfera da reprodução social” (BRAVO & SOUZA, 1998, p.64).

Como podemos notar, a participação – no decorrer de sua história – foi responsável por várias conquistas, inclusive de inserção social “[...] o resgate dos processos de participação leva-nos, portanto, às lutas da sociedade por acesso aos direitos sociais e à cidadania. Nesse sentido, a participação é também, luta por melhores condições de vida e pelos benefícios da civilização” (GOHN, 2001, p.14).

A partir da Carta Magna, temos a implantação de uma nova institucionalidade, designada esfera pública. Essa contribui para a inserção da sociedade na formulação e acompanhamento de políticas públicas. Isso coopera para que o corpo social intervenha na gestão pública, ou seja, cria-se espaços e oportunidades.

Dagnino (1994) ressalta a necessidade de construção de espaços públicos nos quais as diferenças possam se expressar e se representar em uma negociação possível. Espaços onde valores circulam, proporcionando assim a redefinição das relações entre Estado e sociedade civil [...] que a população participe ativamente do exercício do poder político [...] (BRAVO & SOUZA, 1998, p.62).

Essas formulações da participação são pressupostos de emancipação política, sendo construídas no respeito à pluralidade e às diferenças dos indivíduos por meio de práticas, essencialmente, democráticas constituindo-se no processo de empowerment.

A questão afirmada por Teixeira (2002), relativa a definição de participação como “fazer parte” e “tomar parte”, é retomada para enfatizarmos a condição de “atores” como “partes” de um “todo”, Estado, e numa interação contínua (da parte com o todo e deste com a parte, ou seja, sociedade e Estado e vice-versa), vai se formando uma nova cultura política e, concomitantemente ao mesmo tempo, construindo novas identidades. Essa tomada de consciência do cidadão enquanto ente político caracteriza o termo ora evidenciado.

A direção geral das ações coletivas caminha no sentido do chamado empowerment, o emponderamento de grupos e indivíduos via a capacitação política e organizacional, que leva ao resgate/crescimento da auto-estima e à construção da identidade, assim como ao acesso a oportunidades de emprego e geração de renda, item de grande relevância em uma conjuntura de desemprego. O emponderamento torna mais fácil, também o acesso aos serviços públicos, devido à difusão de informações que gera (GHON, 2003, p.58).

Assim, há uma ampliação da interlocução entre sociedade e Estado e demais instituições. Portanto, trata-se de um processo complexo, visto que é constituído a partir de interesses distintos. Assim, partimos da premissa (ao menos no que expressa a lei) da igualdade ao acesso e ao poder decisório proporcionando pelo Estado democrático. O *empowerment* encontra aí a sua gênese - a formação da identidade do cidadão ativo com uma pedagogia (talvez inconsciente, não explícita) que permeia a experiência política do “fazer parte” e do “tomar parte”, num processo de capacitação.

Uso o termo “capacitar” próximo do termo inglês *empower*, do que se deriva o substantivo *empowerment*; embora de origem liberal, seja por atrelamento ao mercado, seja sobretudo por apego ao conceito individualista de cidadania, contém, porém a noção de que os pobres não podem ser objeto das políticas, mas o sujeito fundamental delas. Obviamente não se trata de “dar poder”, porque poder dado não é dos poderosos, como é invariavelmente o caso de entidades de desenvolvimento como Banco Mundial (CAUFIELD; KIM; TOMMASI; DEMO apud DEMO 2003, p. 95).

Entendemos que essa capacitação ocorre no próprio processo de participação mas é recorrente a necessidade de qualificar.⁶⁴ O Ministério da Saúde vem liberando recursos para a capacitação de conselheiros, conforme exigência do Conselho Nacional de Saúde e proposições defendidas nas Conferências de Saúde, especialmente na 12^a, realizada de 7 a 11 de dezembro de 2003. Teixeira (2002) chama a atenção para a contradição de capacitação no âmbito empresarial.

Enfatiza os “treinamentos” no âmbito empresarial se, por um lado oferece subsídios reflexivos aos operários de sua oposição a exploração nas relações de trabalho por outro lado também pode gerar um sentimento de envolvimento com a lógica empresarial inibindo qualquer ação emancipatória “[...] não só na empresa como na sociedade [...] a experiência de participação no local de trabalho pode ter efeitos educativos, não se pode extrapolá-la mecanicamente para a área política” (TEIXEIRA, 2002, p.37).

Ao evidenciar ações coletivas de grupos sociais em várias partes do mundo e no Brasil, Teixeira (2002), demonstra que a capacitação ocorre a partir da reflexão sobre as ações realizadas, na avaliação e na compreensão dos próprios erros e atitudes, sendo este o próprio processo de *empowerment*, que significa mais que a integração das pessoas na sociedade, em relação ao seu pertencimento, uma vez que esta pode ocorrer sem reflexão, trata-se do

⁶⁴ “Essa capacitação também é uma política do Estado de São Paulo que, na área de saúde do trabalhador, vem apresentando projetos de “capacitação do controle social”, referindo-se aos membros do Conselho Gestor, dos municípios sede dos Centros de Referência em Saúde do Trabalhador, inclusive com um curso agendado (apenas para o controle social) que ocorrerá no dia 27 de outubro de 2004 (CEREST/SP, outubro de 2004)”

exercício de cidadania que na luta por direitos, se reconhece enquanto organização, objetivos, criam forças, valorizam as diferenças e busca a integração (“fazer parte” e “tornar parte” consciente no conjunto da sociedade (todo).

Empowerment é um processo, constituído de vários elementos, tais como: a pluralidade dos atores, o respeito às diferenças, a reflexão constante das ações desempenhadas, a criação de espaços públicos e o debate público das questões, não apenas a escolha de representantes mas, sobretudo a forma como se dá, “[...] o *empowerment* exige uma dimensão política em termos de democratização interna das próprias organizações e do exercício do papel propositivo e de controle em relação ao poder político” (TEIXEIRA, 2002, p.200).

Sociedade Civil, Espaço e Esfera Pública: Participação e Accountability

A participação é antes um direito de cidadania inscrito na agenda do país como pressuposto de sua democratização e como resultado das lutas dos vários movimentos sociais. Esses a partir dos anos de 1970 se posicionaram concretamente frente ao governo refletindo em várias conquistas visualizadas na Carta Magna (de 1988). No art.1 do Título dos Princípios Fundamentais,⁶⁵ esta reza sobre o poder de soberania popular, estabelecendo o Estado democrático. “[...] Todo poder emana do povo, que exerce por meio de representantes eleitos ou diretamente, nos termos desta constituição” (BRASIL, parágrafo 1º, 1988).

A sociedade civil por meio dos direitos, art.5 dos Direitos e Garantias Fundamentais da Constituição Federal de 1988, passa a condição de poder institucionalizar-se, inciso XVII ao XXI (liberdade de associação e de reunião). Ressaltamos esses dois artigos por possibilitarem e garantirem na forma da lei a instituição de associações e organizações. Ao nosso entendimento, esses são de suma importância para a formação de opinião, a mobilização e debates sobre assuntos de interesse coletivo, representando o espaço público.

Mas, como bem ressalta Telles (1994), os direitos significam, primeiro, a forma como uma sociedade se organiza. “[...] Os direitos são aqui tomados como práticas, discursos e valores que afetam o modo como desigualdades e diferenças são figuradas no cenário público, como interesses se expressam e os conflitos se realizam” (1994, p.91). A indignação ou a aceitação das pessoas frente às normas, deveres e direitos estaria expressa na legislação,

⁶⁵ Art. 1º A República Federativa do Brasil, formada pela união indissolúvel dos Estados e Municípios e do Distrito Federal, constitui-se em Estado Democrático de Direito e em termos como fundamentos:

I – a soberania; II – a cidadania; III – a dignidade da pessoa humana; os valores sociais do trabalho e da livre iniciativa; V – o pluralismo político (BRASIL, CF,1988).

porém, a inscrição de direitos legalmente, nem sempre corresponde ao seu usufruto, sendo necessário a mobilização social para a cobrança e mesmo para a sua ampliação, conforme novas necessidades e aspirações.

A questão do direito normatiza a vida em sociedade, sendo essa construída “[...] a partir do modo como as relações sociais se estruturam [...]” (1994, p.91) mas, paradoxalmente nem sempre a estrutura jurídica representa os reais interesses dos diversos segmentos sociais.

Não seria demais enfatizar que se tudo isso passa pela normatividade legal e institucional da vida social, depende sobretudo de uma cultura pública democrática que se abra ao reconhecimento da legitimidade dos conflitos e da diversidade dos valores e interesses demandados como direitos (TELLES, 1994, p. 92).

Desse modo, os direitos se inscrevem, sobretudo como plataforma de luta buscada por meio da participação que, segundo Teixeira (2002) se realiza nos espaços públicos para se legitimar na esfera pública estatal.

Telles (1994) salienta que são nos espaços públicos que os problemas da vida cotidiana e as diferenças sociais se expressam “[...] espaços nos quais valores circulam, argumentos se articulam e opiniões se formam; e nos quais, sobretudo, a dimensão ética da vida social pode se constituir em uma moralidade pública através da convivência democrática com as diferenças e os conflitos que elas carregam e que exigem...” (1994, p.92). Assim as relações estabelecidas na sociedade vão construindo a cidadania e seus espaços e que “só pode ser construída através de uma permanente e renovada interlocução” (1994, p.92).

A participação é reconhecida como direito e mediada pela sociedade civil, seja nos espaços públicos, seja na esfera pública. Em ambos são estabelecidos uma espécie de regras, de acordos de responsabilidades e também de parâmetros visando o cumprimento dessas e a busca por melhores condições de vida. A ausência dessa mediação “[...] pode se traduzir na fragmentação de identidades autoferidas, enclausuradas em localismos de caráter comunitário...” (idem, p. 94). Portanto, o acréscimo e a garantia dos direitos, envolvem inevitavelmente, o controle social e *accountability* que também têm as suas condições de funcionamento em consonância tanto com a sociedade civil e o espaço público quanto a esfera pública.

O regime de *accountability*, enfatizado por Arato (2002), é possibilitado a partir de uma dimensão deliberativa da sociedade civil, uma vez que o conceito significa a exigência e a transparência da administração pública, justificando assim, a ênfase que damos aos direitos, a sociedade civil, os espaços públicos e a esfera pública.

Desse modo, passa a ser necessário para a compreensão de *accountability* o enfoque, mesmo que de modo indicativo, à conceituação de sociedade civil, espaço e esfera pública.

Teixeira (2002) indica como definição de espaço público a “[...] dimensão aberta, plural permeável, autônoma, de arenas de interação social... pouco institucionalizados”. Na seqüência define esfera pública como “[...] estruturas mistas, em que se verifica a presença da sociedade civil, mas de modo vinculado ao Estado, por sua criação, composição e manutenção ou estruturas comunicacionais generalizadas, como a mídia” (2002, p.46).

A filosofia arendtiana dá sentido ao termo público o fato de “ser visto e ouvido por todos” onde “todos vêm e ouvem de ângulos diferentes” [...] significa o próprio mundo, na medida em que é comum a todos nós e diferente do lugar que nos cabe dentro dele...” (ARENDT, 2003, p.62).

Nesse sentido, Teixeira (2002) faz uso do pensamento de Quere (1992), para explicar que há uma articulação entre espaço e esfera pública e que os papéis não estão totalmente dicotomizados.

Na instância mediadora – esfera pública – também se produz visibilidade e as ações e atores devem aparecer, até porque a sociedade como um todo deve conhecer e debater as questões e mobilizar-se para que as propostas sejam aceitas pelos agentes do Estado. De igual maneira, na outra instância – espaço público – realizam-se debates, negociações, entre os diversos atores, para que se formulem as propostas a serem apresentadas na instância da esfera pública (TEIXEIRA, 2002, p. 47).

Em relação a sociedade civil, Teixeira (2002) a indica como um conjunto de organizações responsáveis pela elaboração e difusão das ideologias nas quais as classes buscam exercer a hegemonia. Enfatiza ainda a noção de sociedade trabalhada por Cohen & Arato a partir de quatro elementos, sendo eles: pluralidade (famílias, grupos informais, associações e movimentos sociais), publicidade (instituições de cultura e comunicação), privacidade (autonomia das pessoas e escolha moral) e legalidade (legislação e direitos básicos).

Esta definição aproxima a nossa compreensão de *accountability*, a medida que aponta a sociedade civil mediada pela interação dos quatro elementos apresentados. Assim, pluralidade indica a interação de estruturas legais, de instituições e de pessoas que se articulam em espaços públicos autônomos. Essa interação não se dá “face to face, mas de forma intersubjetiva mediante a ação comunicativa dos direitos, na exigência de transparência e na existência de espaços públicos” (TEIXEIRA, 2002, p.43). Entendemos que essa interação dá maior visibilidade política, trazendo como acréscimo a tematização das questões e,

portanto, facultando a tomada de decisão por meio do debate público. Esse possibilita a “tomada de consciência” que certamente favorece a *accountability*. Afinal ninguém pode cobrar ou exigir aquilo que não conhece ou se “identifica” (ARATO, 2002, p.5).

Torres (2003) acentua que o locus utilizado para a tomada de decisão política e a conjugação de interesses sociais por meio de um aparato político – institucional – representa a esfera pública.

Concordamos com este autor quando toma como referência Coutinho (2001), para a definir a sociedade civil, a partir da concepção gramsciana, como um recurso democrático. Esse é pautado por elementos de politização, articulação e definição de interesses, junto a um Estado participativo caracterizado pela luta social e institucional, radicalmente democratizado. Enfim, a sociedade civil é vista como “um espaço de invenção e organização de novos Estados e pessoas” (COUTINHO, 2001, p.144), implicando na articulação dos cidadãos com os espaços e esfera pública.

A partir desse embasamento teórico podemos dizer que, atualmente, a sociedade brasileira, utiliza-se de mecanismos como: Conselhos, Conferências, Auditorias Pública etc. Todos esses são compreendidas aqui como esfera pública e ONG’s, fóruns e outros, como espaço público. Apesar da primeira estar vinculada institucionalmente ao poder público ambos (espaço e esfera) podem representar uma ação coletiva e cidadã fluindo e mediando os seus interesses (sociedade civil) ao do Estado, e ainda por meio desses a expressão e a influência sobre os eleitos. A medida que acontece o questionamento e controle das decisões do Estado há parâmetros para a *accountability*.

Arato (2002) nos diz que [...] O cidadão moderno reposiciona o governante potencial das repúblicas passadas não apenas por ser fonte de sua legitimidade, mas também por ser portador dos mesmos direitos”. Assim, seria a possibilidade de reduzir o imenso hiato entre os representados e os representantes.

O autor ao trabalhar o conceito de política deliberativa faz a ligação sociológica entre representados e representantes, “[...] através da deliberação e persuasão mútuas que levam a uma representação livre e à rejeição da rigidez da democracia direta” (2002, p.6).

Sem dúvida, a única conexão que a lei positiva (ou seja, criando sanções) pode oferecer é *accountability* baseada na capacidade dos eleitores, individuais ou grupais, de exigir que os representantes expliquem o que fazem (respondam por, sejam responsabilizados, sejam punidos ou mesmo recompensados pelo que fazem (ARATO, 2002, p.8).

Assim, *accountability* se aproxima do atual controle social na saúde, que deve, segundo a lei fiscalizar, ou seja, exigir a prestação de contas, uma vez que o primeiro nas palavras de Arato (2002) se constitui em instrumento dos representantes eleitos que, se infringirem a lei, devem responder por e assumir as responsabilidades por seus atos (2002, p.10).

Acreditamos que a compreensão e o reconhecimento da esfera pública como locus de ação coletiva e, portanto, de cidadania pode ser um fator condicionante de *accountability*. Valendo-nos da explanação de Teixeira (2002) a respeito da participação “[...] Trata-se de tornar a representação um espelho dos interesses e aspirações da sociedade, via mecanismos da sociedade civil (espaços públicos, ações coletivas) e de fazer a participação exercer um papel próprio, de expressão, controle e influência sobre aqueles que exercem mandatos” (p.45).

A sociedade além de complexa, é marcada pela cultura política do não direito em oposição ao favor, do clientelismo e a não universalização, dentre outros podendo limitar a participação cidadã, o reconhecimento da esfera pública e, portanto, *accountability*. Este segundo Teixeira (2002), implica na “[...] obrigação dos agentes políticos prestarem contas dos seus atos e decisões e direito do cidadão de exigí-los e avaliá-los – e da responsabilização dos que tomam as decisões como elementos – chave da política deliberativa [...]” (2002, p.36).

Entendemos que a há atuação coletiva e cidadã nos espaços públicos, mas, sobretudo, na esfera pública é que pode tornar-se possível uma nova cultura política democrática, implicando em correção dos desvios e responsabilização dos agentes políticos (*accountability*). Destacamos nesse processo o potencial dos conselhos, assunto do próximo capítulo.

Capítulo 3

Metodologia da Pesquisa: O Conselho Municipal de Saúde de Franca em Questão

“[...] A formação da cidadania é um processo lento e profundo, que leva gerações. Planta-se uma geração, não uma parede ou um pátio. É outra dimensão aquela comprometida em construir “gente”, para além de trabalhadores treinados, pessoas bem-comportadas, seres informados. Esta tarefa se realiza por baixo do torvelinho diário, efêmero e rotineiro, perdendo-se no horizonte das dimensões infinitas da sociedade” (DEMO, 1996, p. 53)

Capítulo 3 Metodologia da Pesquisa: O Conselho Municipal de Saúde de Franca em Questão

Cenário da Pesquisa

O município de Franca apresenta uma área de 609 Km² e uma extensão de 512 Km², situando-se na região nordeste do Estado de São Paulo. Esse município apesar de contar com uma população de 280.774⁶⁶ habitantes, não tem um pólo industrial diversificado, dependendo basicamente do setor calçadista.

Até meados de 1994, este setor encontrava-se em franca expansão, uma vez que a produção de calçados de Franca era muito bem aceita no exterior. Porém, devido às modificações ocorridas no país, principalmente, no que se refere à exportação, o município enfrentou uma forte crise⁶⁷ no setor.

Canoas e Lara ao analisarem o setor calçadista e a admissão de trabalhadores com idade a partir de 40 anos, trazem dados sobre a produção e de empregos, o que nos remete a idéia do por que este município se consagrou no País como capital do calçado, na década anterior.

[...] chegou em 1986 a empregar 36 mil trabalhadores e a produzir 35 milhões de pares de sapato. Nesse ano a produção e o número de assalariados empregados diretamente pelo setor teve seu recorde, em toda a história da produção de calçados em Franca” (2003, p.132).

Porém, a indústria calçadista francana teve – como tantas outras do nosso país – que se reorganizar para permanecer no mercado, engajando-se no processo de descentralização da produção, ou seja, terceirizou seus serviços, que outrora eram realizados dentro das fábricas e passaram a ser fabricados fora dessas, por trabalhadores subcontratados. Essa organização da produção é colocada como novo paradigma pela divisão social do trabalho, Toyotismo. Esse modelo prevê uma reestruturação das empresas e ressalta a necessidade da informatização, da

⁶⁶ Fonte: Plano Municipal de Assistência Social. Prefeitura Municipal de Franca, 1999/2001. “O Município de Franca possui uma população de 287.400 habitantes, sendo 145.549 mulheres e 141.851 homens, distribuídos 2% da população na zona rural e 98% da população no perímetro urbano” Fonte: IBGE-2000 (PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE DE FRANCA/SP, 2001).

⁶⁷ A população economicamente ativa de Franca, corresponde, somente ao percentual de 48% do total dos habitantes. E a faixa etária predominante dessa população ativa de 20 a 49 anos é de 47,25%. (Plano municipal de Assistência Social, 1999, Franca, SP).

otimização (empresa enxuta com mais capacidade de competir), da polivalência dos funcionários, da produção variada e, dentre outros, da flexibilização dos serviços, pulveriza os sindicatos, levando assim, à desmobilização dos trabalhadores que se vêem enfraquecidos enquanto classe.

Em 1994, o número de trabalhadores informais na indústria calçadista era de 24.936; em 1998, 15.360; e em 2001, 18.117 (CANOAS & LARA, 2001, p.132). Apesar de ter tido uma melhora, se comparado o ano de 1998 ao de 2001, esta ainda é ínfima diante das dificuldades enfrentadas pela população, e (pelos) trabalhadores que sofreram com perdas salariais nesses últimos dez anos.

Observamos que além do desemprego a números aviltantes,⁶⁸ a indústria francana também aumentou a exploração dos trabalhadores no mundo da produção, submetendo grande parcela deles ao mercado informal e precarizado, através das chamadas “bancas de pespontos”, onde se realiza o pesponto em calçados, colação em peças e em outros componentes para calçados. Cabe salientar também que temos a costura manual de sapatos realizadas nos domicílios, principalmente na periferia da cidade.

A terceirização nos vários setores da economia acaba contribuindo para a exploração da mão de obra operária, uma vez que, dificulta a sua organização enquanto classe, e no caso específico de Franca, a questão da produção de calçados terceirizados traz ainda alguns agravantes que refletem diretamente na saúde dos trabalhadores.

A experiência profissional, em Unidades Básicas de Saúde,⁶⁹ nos permitiu observar que a atividade realizada no domicílio, seja por meio das “bancas de pespontos”, seja pela costura manual de sapatos, além de significar a perda de direitos trabalhistas implica também num fator desencadeador de doenças. Pois, o ambiente acaba ficando poluído, principalmente quando se trata de residências mal planejadas, baixas, com pouca ventilação e luz solar. Assim, o pó do couro pode contribuir para indisposições respiratórias, especialmente no caso de crianças propensas a bronquites, faringites, amigdalites, sinusites entre outras. Este tipo de serviço pode ainda favorecer o aparecimento de problemas de coluna, visto que as pessoas não costumam sentar de forma correta e ainda permanecem na mesma posição por tempo

⁶⁸ A população francana conta com um percentual de 71,56% de famílias que recebem de 01 a 04 salários mínimos, fazendo-as demandatárias da Assistência Social. Esta concentração de renda é ainda maior, se considerando que os trabalhadores informais não constam nesse cálculo (RAIS apud PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE DE FRANCA/SP, 2001).

⁶⁹ Atuação de oito anos em Unidades Básica de Saúde (UBS), especificamente, UBS's do Parque Vicente Leporace e Jardim Aeroporto III, ambas no município de Franca/SP.

prolongado. A situação se complica, quando há a participação da família toda, inclusive de crianças.

Nas bancas de pesponto os sapateiros trabalham em péssimas condições, e a costura e a colagem são realizadas no interior das casas, não existe mais separação da casa e da fábrica, o “cheiro da cola e da comida está no mesmo ar”⁷⁰, não há diferença em estar na produção e no lar (CANOAS & LARA, 2001, p.134).

Ressaltamos ainda que tanto a costura manual de sapatos (feita em casa), quanto aos serviços das “bancas de pespontos”, constituem-se em trabalho de baixa remuneração. Além do mais, não oferecem aos trabalhadores nenhum tipo de segurança ou seguridade social, contribuindo para a quebra de vínculo do trabalhador com a empresa, bem como, com a organização dessa classe. Outro fator relevante é a localização das mesmas, geralmente em residências da periferia, o que dificulta o trabalho da fiscalização.

Com o movimento da reestruturação produtiva nota-se na indústria francana uma redução abrupta no número dos postos de trabalho, isso se intensifica nos últimos 05 anos, causando implicações diretas para os sapateiros (CANOAS e LARA, p.132).

As modificações, ocorridas na indústria francana, são frutos das mudanças que vêm sendo realizadas no contexto da economia macro-social brasileira, especificamente no mundo do trabalho, implicadas provavelmente pelo processo mundial de globalização da economia. Compreendemos que essas mudanças dão ao emprego formal uma conotação de “coisa rara”, deixando os trabalhadores sem muitas alternativas de ação para transformarem essa realidade. Assim, a população sofre com as perdas trabalhistas e para suprirem as necessidades básicas, se submetem à exploração. Esse contexto emergencial, de redução forçada ou até privação de gastos com itens básicos como alimentação, habitação e vestuário entre outros, não são uma realidade especificamente de Franca, mas de nível nacional.

Compreendemos que as transformações, postas pelo processo de globalização, ocorridas mundialmente, refletem nos micros-espacos, nos municípios de forma perniciososa, é ainda pior quando atinge a camada popular, ou seja, a classe operária. Com o aumento do desemprego e as novas formas de trabalho, tercerizado, esses acabam não reivindicando direitos conquistados há mais de meio século como, dentre eles podemos salientar os direitos trabalhistas (férias, 13º salário, salário desemprego, afastamento por doença, licença maternidade, etc). Se faz mister observar, ainda, que os mesmos se vêem aterrorizados pela instabilidade do trabalho, pois a produção de calçados é dependente da aceitação e do

⁷⁰ “Fala do trabalhador numa banca de pesponto, visita realizada dia 24/10/2002” (CANOAS & LARA, 2001, p.134).

consumo no mercado interno e no exterior; assim há épocas do ano que favorecem a produção e outras ao desemprego.

Podemos dizer que o município de Franca apresenta uma das características típicas da sociedade capitalista, em que grande parte da população está envolta pelas disparidades sociais, próprias desse sistema.

O trabalho constitui-se num dos fatores preponderantes das sociedades humanas, uma vez que favorece ao homem condições materiais para sua existência, bem como a sua emancipação. “[...] é pelo trabalho que as necessidades humanas são satisfeitas, ao mesmo tempo em que o trabalho cria outras necessidades” (IAMAMOTO, 1998, p.60). Os trabalhadores submersos no desemprego e no aumento do trabalho precarizado e informal vêm-se diminuídos na sua condição humana de adquirir bens necessários à sua sobrevivência.

Todos esses aspectos identificados referem-se ao modo e forma de vida das pessoas que diante das condições de produção e de trabalho mencionados, acabam tendo queda na qualidade de vida, minando as predisposições ao uso de drogas, a violência⁷¹, debilitando a própria saúde. Nas palavras de Minayo “[...] saúde é a resultante de uma relação dialética entre as peculiaridades biológicas e as condições sociais” (1997, p.10).

Franca e a Municipalização da Saúde

A partir da implantação do Sistema Único de Saúde (SUS), promulgado na Constituição Federal de 1988, a política de saúde pública brasileira passa por um verdadeiro redimensionamento.

Dentre as várias mudanças que a nova legislação propõe, ressaltamos, conforme já abordado, a questão do controle social a ser realizado pelos usuários do SUS, mediante as Conferências e os Conselhos de Saúde nos três níveis de governo: municipal, estadual e federal.

O SUS, também prevê o processo de municipalização da saúde. Para a viabilização desse processo é criado a Norma Operacional Básica – NOB⁷² 01/96 (também já enfocada no

⁷¹ “[...] o crescimento das taxas de mortalidade por violência que passaram a responder pela segunda causa de óbitos, no quadro geral de mortalidade... A violência causadora de agravos e mortes, atingindo sobretudo os homens-jovens-pobres, é um alerta do setor saúde para que a sociedade reveja os indicadores de qualidade de vida e de desenvolvimento” (MINAYO, 1997, p.10).

⁷² As normas operacionais básicas – NOB’s do SUS, que são parte do conjunto de leis do SUS, regulamentam os processos de descentralização da gestão dos serviços e das ações de saúde, até hoje, foram formuladas três NOBs (1991, 1993 e 1996). O resultado de amplas discussões e negociações entre representantes do governo federal, estadual e municipal e Conselhos de Saúde. A NOB – SUS/96 apresenta duas condições de gestão: Gestão Plena

capítulo anterior) cuja função é definir as estratégias e os movimentos táticos que orientam a operacionalidade do sistema de saúde. De acordo com a NOB 01/96 são estabelecidos diferentes níveis de gestão, conforme a complexidade dos serviços prestados, permitindo situações e períodos de transição no processo de descentralização da política de saúde pública. Fazem com que a responsabilidade de planejamento e descentralização do SUS, se aproxime, cada vez mais dos locais em que os serviços de saúde são prestados a população.

A municipalização da política de saúde pública em Franca, ocorreu concomitantemente. De 1985 a 1998, estava na condição de “[...] Gestão Insipiente em que o município não assume o direito e a responsabilidade de gestão do sistema de saúde de seu território, gerenciando apenas as suas unidades próprias” (SOUZA & LOURENÇO & ALONSO, 1998, p.26). Assumiu a “[...] gestão plena em saúde, em 1998...” (idem, p.28) passando ser de responsabilidade desse município toda a ação de saúde pública.

Franca é sede da Direção Regional de Saúde (DIR/SUS XIII)⁷³ a qual é constituída por vinte e dois municípios⁷⁴: Aramina, Buritizal, Cristais Paulista, Franca, Guará, Igarapava, Ipuã, Itirapuã, Ituverava, Jeriquara, Miguelópolis, Morro Agudo, Nuporanga, Orlândia, Patrocínio Paulista, Pedregulho, Restinga, Ribeirão Corrente, Rifaina, Sales Oliveira, São José da Bela Vista e São Joaquim da Barra. De acordo com o convênio estabelecido com o Ministério da Saúde, esse município realiza atendimentos primários por meio do Programa de Saúde da Família (PSF), com cinco unidades e por 14 Unidades Básicas de Saúde (UBS), as quais constituem a porta de entrada para os usuários no sistema SUS. Elas estão distribuídas nas regiões: norte, sul, leste e oeste da cidade.

O atendimento secundário realizado pela rede municipal é constituído por meio da Vigilância Sanitária, Epidemiológica e Ambulatórios de Especialidades sendo: Referência na área de Endocrinologia Infantil e Adulta/Diabetes, de Doenças Sexualmente Transmissíveis, DST/AIDS, Referência em Saúde do Trabalhador, de Renais Crônicos e NGA (Núcleo de Gestão Assistencial). Com atendimentos médicos especializados nas áreas: vascular, cardiologia, gastroenterologia, dermatologia, fisioterapia, homeopatia, nefrologia, neurologia,

de Atenção Básica, em que o município terá o repasse de recursos Fundo a Fundo (do Fundo Nacional de Saúde diretamente para o Fundo Municipal de Saúde) para o financiamento de todas as ações básicas de saúde, o volume de recursos é definido por um valor per capita. O valor per capita é resultado da multiplicação de um valor financeiro básico pelo número de população, de um município... Gestão Plena do Sistema Municipal de Saúde, em que o município terá o repasse de recursos Fundo a Fundo para o financiamento de toda a assistência em saúde (GUIA DE REFERÊNCIA PARA CONSELHOS, 1998, p.10).

⁷³ “[...] A partir de 1982 Franca torna-se sede do Escritório Regional de Governo...” (ERSA) (SOUZA & LOURENÇO & ALONSO, 1998, p.21). Em 1986 passa a ser Direção Regional de Saúde (DIR XIII).

⁷⁴ “A população assistida em termos regionais é de 552.654 habitantes. Fonte: IBGE – Agosto/2000” (PLANO MUNICIPAL DE SAUDE DE FRANCA/SP, 2001).

oftalmologia, ortopedia, pneumonia, proctologia, reumatologia, urologia, hematologia, oncologia, alergia e otorrinolaringologia.

Para o atendimento terciário, Franca conta com convênio com Hospital Psiquiátrico (Alan Kardec), Hospital Geral (Santa Casa de Misericórdia), Hospital do Coração e Hospital do Câncer em fase inicial de funcionamento. Há ainda os serviços de urgência e emergência, serviços de apoio como: Unidade de Avaliação e Controle (UAC), Serviços de Transportes Internos e Externos, Exames, Fisioterapia, dentre outros.

O conselho municipal de saúde de Franca/SP foi formado, em 1990, como uma exigência da legislação para o processo de municipalização⁷⁵. Primeiramente, como comissões de saúde, naquele momento, foram contratados assistentes sociais pela Secretaria Municipal de Saúde para a organização e a formação dessas comissões nos bairros “[...] O Serviço Social teve seu início na saúde em Franca, em 1989 quando foram contratados 05 assistentes sociais, para atuar junto a Comunidade, nas Comissões de Saúde dos bairros ...” (LOURENÇO, 2000, p.120), inaugurando a prática do Serviço Social na saúde pública de Franca.

Os Conselhos e as Conferências de saúde, não são as únicas formas de controle social na saúde, “[...] O controle social não deve ser traduzido apenas em mecanismos formais e, sim refletir no real poder da população em modificar planos, políticas, não só no campo da saúde”. (Relatório Final da 9ª. C.N.S., 1992), mas vistos nesta perspectiva (controle social) a partir da Constituição Federal de 1988, por serem traduzidos como mecanismos formais de democratização da gestão da saúde, estabelecendo novas bases de relação entre Estado e sociedade.

Nestes a população, legalmente, tem o direito de interferir nas políticas públicas, por meio da sua participação podendo assim, garantir a prioridade dos interesses da coletividade. “[...] O que é público deve estar sobre o controle dos usuários...” (Guia de Referência para Conselhos, 1998, p.10).

A partir dessas reflexões tivemos interesse em conhecer a dinâmica do processo de participação dos usuários no SUS de Franca, por meio especificamente do Conselho Municipal de saúde. E ainda constatar se os usuários estão cientes do seu direito de participar e como participam.

⁷⁵ O Conselho Municipal de Saúde de Franca, foi constituído em 1991, pela Lei no.3 496 de 17 de maio de 1991 (vide Regimento Interno do Conselho Municipal de Saúde).

A pesquisa foi realizada em quatro Unidades Básicas de Saúde (UBS's), sendo as dos bairros: Aeroporto III, Leporace, Paulista e São Sebastião e no Conselho de Saúde de Franca.



FIGURA 1 Unidade Básica de Saúde do Jardim Aeroporto III

A Unidade Básica de Saúde do Jardim Aeroporto III, “Dr. Anor Ribeiro de Souza”, inaugurada em setembro de 1992, “[...] a partir de convênio com o Ministério de Saúde, que previa a municipalização dos serviços básicos de saúde” (SOUZA & LOURENÇO & ALONSO, 1998, p.26). Situa-se na Avenida Denizar Trevizani, s/n, no Jardim Aeroporto III e presta atendimentos à população compreendida nesta territorialidade, ou seja, moradores dos bairros: Jardim Aeroporto III e IV, Aviação e Santa Bárbara.

Esta UBS é constituída, atualmente, por uma Equipe formada por: Assistente Social (01), Auxiliar de Enfermagem (04), Auxiliar de Serviços Gerais (02), Auxiliar de Serviços Internos- recepcionista (02), Clínico Geral (02), Enfermeira (01), Fonaudióloga (01), Ginecologista (02), Pediatra (04), Técnica de Enfermagem (02), somando 21 funcionários no total, com uma média de 215 atendimentos, diários, agendados previamente.⁷⁶

⁷⁶ Não consideramos na média desses atendimentos, os procedimentos diários não agendados com antecedência como: curativos, aerosol, medição de pressão arterial etc.



FIGURA 2 Unidade Básica de Saúde do Jardim Leporace

A UBS's Leporace localiza-se a rua Norberto Bassalo, s/n, Jardim Parque Vicente Leporace III, na data da fundação, em 1985, denominava-se Núcleo de Bem Estar Social (NUBES). A equipe, atualmente, é constituída conforme os funcionários já relacionados na UBS⁷⁷, apresentada anteriormente e presta um total de atendimentos diários, em torno de 220 aproximadamente, como já dissemos essas consultas são marcadas com precedência. A área de atuação dessa UBS compreende os seguintes bairros: Jardim Leporace I, II, III e IV, Luiza I e II, Moreira Junior, Portinari, Pinheiros, e Tropical I e II.

⁷⁷ Em relação a equipe desta UBS, há uma pequena variação no número de funcionários, em relação a já apresentada, sendo: 06 Auxiliares de Enfermagem, 01 Escriturário, 03 clínicos gerais, 03 Dentistas, somando 26 trabalhadores da saúde.



FIGURA 3 Unidade Básica de Saúde do Jardim Paulista

A Unidade Básica de Saúde “Dr. Vilfredo Bulamah” situa-se a rua Luiz Gama, 1880, no Jardim Paulista. Ela foi inaugurada em dezembro de 1992, e também conta com uma equipe semelhante a do Jardim Aeroporto III, já citada. Os atendimentos seguem a média de 200 consultas por dia, agendados antecipadamente. A área de abrangência é composta pelos bairros: Jardim América, Baldasari, Betânia, Bueno, Éden, Monte Carlo, Palma, Samelo V, Seminário, Santo Agostinho, Santa Mônica, Rivieira; Parque das Acácias, D’as Águas; Recanto Fortuna; Vila Aparecida, Carrenho e Izabel.



FIGURA 4 **Unidade Básica do Jardim São Sebastião**

A Unidade Básica de Saúde da Vila São Sebastião “Dr. Samuel P. Almeida”, também foi inaugurada em setembro de 1986, como parte do início do processo de descentralização da saúde pública em Franca, junto com outras três Instituições⁷⁸. Neste período, chamava-se Núcleo de Bem Estar Social (NUBES). Nos dias atuais, essa UBS conta com uma equipe de funcionários similar a do jardim Leporace, num total de 26 funcionários e 220 atendimentos agendados com antecedência.

Essa Unidade presta serviço aos moradores da vila São Sebastião e adjacências, sendo: Chácara Engenho Queimado e São Paulo; Jardim Anita, Bom Sucesso I e II, Dermínio, Martins, Palmeira, Tangará, Santa Efigênia, Santo Antônio e São Paulo; Parque Continental, Paratinga e Santa Maria; Residencial Felicidade, Jacinto Néri, Paulo Arquet, Paulo Henrique, Sinsaúde e Vitória Régia; Vila Marília, Pandolf, Pedgoni, São Gabriel e Vila Rezende.

⁷⁸ Núcleo de Bem Estar Social (NUBES) “Dr. Antonio Peixe”, Jardim Progresso; Núcleo de Bem Estar Social (NUBES) “Dr. Chafi Facuri”, Jardim Brasilândia; Núcleo de Bem Estar Social (NUBES) “Dr. Samuel P. Almeida”, Vila São Sebastião e Núcleo de Bem Estar Social (NUBES) “Dr. Cleomar Borges Oliveira”, parque Vicente Leporace (SOUZA & LOURENÇO & ALONSO, 1998, p.26).



FIGURA 5 Casa dos Conselhos

A Casa dos Conselhos foi inaugurada em 25 de setembro de 2003, e concentra os Conselhos de políticas sociais públicas (Direitos da Criança e do Adolescente, da Terceira Idade, de Saúde e outros) de Franca, que não contam com sede própria. “[...] Atualmente existem 31 Conselhos criados regularmente, dos quais 26 encontram-se em regular funcionamento e 05 desativados” (SERVIÇO SOCIAL, 2002, p.1). Funciona ainda neste local o Conselho Tutelar e a coordenadoria de Participação Popular.

Essa Casa é gerenciada por uma Assistente Social que além do incentivo a participação, também faz assessoria técnica aos vários Conselhos. Esse Projeto visa a integração desses organismos e também a racionalização do custo “[...] visto que a centralização dos diversos conselhos em um único espaço dá a possibilidade de infra-estrutura única, que permite a otimização dos recursos empregados” (SERVIÇO SOCIAL, 2002, p.1).

Metodologia de Pesquisa

Na defesa de maior apreensão das coerências e das contradições na implementação e na efetivação do controle social proposto pelo SUS, em Franca, utilizamos a abordagem da pesquisa quantitativa e qualitativa (“quanti-quali”) pois, concordamos com Martinnelli (1999) “[...] O dado numérico por si nos instrumentaliza, mas não nos equipa para trabalhar com o real em movimento, na plenitude que buscamos” (MARTINELLI, 1999, p.21). Acreditando

na complementaridade entre ambos, elaboramos nossa pesquisa com base na coleta de dados quantitativos e qualitativos.

O conhecimento qualitativo traça os contornos externos e internos da coletividade estudada; em seguida a abordagem quantitativa, desvenda o número de vezes em que ocorre o fenômeno e a sua intensidade, segundo as divisões já efetuadas. A associação das duas abordagens possibilita um aprofundamento cada vez maior das facetas do objeto de estudo (QUEIROZ, 1992, p.21)

Assim, essa metodologia de pesquisa (“quanti-quali”) demonstra que os dados quantitativos não se opõem aos qualitativos “[...] Ao invés de serem excludentes ou opostas, as técnicas qualitativas e quantitativas, se devidamente utilizadas em uma pesquisa, poderão ser igualmente eficazes no aproveitamento e conhecimento do tema em estudo” (BAPTISTA, 1999, p.38).

Consideramos que esta oferece subsídios para o pesquisador fazer uma leitura dos “porquês” da realidade constatada, indo além das aparências criadas pelos aparelhos ideológicos que permeiam o cotidiano. Dessa forma, recorreremos a pesquisa quantitativa aplicada aos usuários dos serviços de saúde (UBS’s), que talvez ainda não exerçam o papel de conselheiro e a qualitativa aos membros do Conselho de Saúde de Franca.

Assim, a escolha por um método de pesquisa, na abordagem “quanti-quali” foi embasada na necessidade (que sentimos) de fazer um levantamento dos dados quantitativos sobre a visão que a população usuária do SUS, deste município, tem em relação ao Conselho de Saúde. Buscamos saber se o reconhecem como espaço de participação e as principais formas encontradas por essa população para participarem da política de saúde. Ao mesmo tempo, tivemos interesse em aprofundar a questão, conhecendo a vivência do conselho. Além da participação nas reuniões, buscamos saber qual segmento da sociedade os conselheiros representam, quais limites e avanços conseguem visualizar em relação a atuação do Conselho e ainda o que deveria ser feito para efetivar o controle social no SUS de Franca.

Enfatizamos que reconhecemos a necessidade da pesquisa qualitativa, ao realizarmos uma enquête, como pré-teste, sobre o conhecimento que os usuários do SUS têm em relação ao Conselho Municipal de Saúde e a participação. A enquête funcionou como uma espécie de termômetro do nosso instrumental e foi realizada em outubro de 2003, especificamente na Unidade Básica de Saúde (UBS) do Jardim Aeroporto III⁷⁹.

⁷⁹ Os dados dessa pesquisa estão condensados no artigo Saúde Pública e Educação Popular: Uma Necessidade, elaborado como tarefa da disciplina Realidade Brasileira e Educação Popular, ministrada pela Prof. Dra. Graça Gouveia, no Programa de Pós Graduação em Serviço Social da Unesp, campus de Franca/SP e deverá ser publicada no livro dessa disciplina, organizado pela mesma (Graça Gouveia), no prelo.

Esse pré-teste favoreceu a necessidade de nos aproximarmos de alguns sujeitos, selecionados do universo e não de todos, pois a pesquisa qualitativa trabalha com número reduzido de pessoas para poder “[...] aprofundar o conhecimento em relação àquele sujeito que estamos dialogando [...]” (MARTINELLI, 1999, p.21). Portanto, além da aplicação de questionários, sentimos a necessidade de realizar uma pesquisa de campo com os membros do Conselho Municipal de Saúde, para a qual utilizamos aplicação de questionários e também coleta de depoimentos. Para esta última privilegiamos os membros representantes dos segmentos: poder público e usuário.

Em relação a coleta de dados com os usuários, compõem-se como sujeitos desse estudo, 40 homens e 40 mulheres com idades produtivas, - na faixa etária especificamente de 20 e 55 anos – sendo a escolha aleatória. Como já descrevemos, estes são usuários de Unidades Básicas de Saúde (UBS’s), em especial das regiões: norte (UBS Leporace), sul (UBS Aeroporto III), leste (UBS Paulista), oeste (UBS São Sebastião).

A aplicação dos questionários foi agendada, antecipadamente, com a gerência de cada Unidade. O nosso universo foi composto de 20 sujeitos de cada UBS, sendo 10 homens e 10 mulheres, totalizando nas 4 UBS’s 80 sujeitos, entre o sexo masculino e o sexo feminino. Esse número representa 10% da população atendida por meio de agendamento prévio.

Assim, elaboramos um questionário semi-estruturado, podendo dividi-lo em duas partes, a primeira relativa às características dos sujeitos, com perguntas fechadas, explanadas como perfil dos participantes. Em seguida perguntas abertas, dando a oportunidade das pessoas responderem o que pensam a respeito do Conselho Municipal de Saúde, se já participaram de alguma reunião e qual forma utilizam para participarem da política de saúde pública em Franca.

Para a primeira parte optamos por apresentar os dados separados, ou seja, as características relativas ao perfil dos homens e das mulheres. Porém para os dados inerentes a participação e ao conhecimento a respeito do Conselho, serão condensados todos na categoria sujeitos, compreendendo os quarenta homens e as quarenta mulheres, das respectivas UBS’s, sem fazermos distinção desses segmentos por sexo. Também não revelaremos os seus respectivos nomes, quando necessária a identificação utilizaremos “fala do sujeito”.

Quanto à pesquisa com os conselheiros, inicialmente procuramos colher informações a respeito das dificuldades, avanços e sugestões para se efetivar o controle social em Franca. Assim, distribuímos questionários aos conselheiros (desde o mês de julho de 2004), durante reuniões.

O Conselho Municipal de Saúde é composto por vinte conselheiros titulares e vinte suplentes, objetivamos ter 100% da participação desses conselheiros na nossa pesquisa porém, durante três reuniões consecutivas solicitamos a colaboração dos mesmos para responder o questionário mas, nem todos o fizeram.

Cabe registrar que entregamos trinta e dois questionários, a partir de julho de 2004 e desses nos retornaram, até setembro do mesmo ano, apenas doze, sendo que quatro, buscamos (pessoalmente) nas residências ou nos locais de trabalho, a demora para a entrega foi justificada em razão do acúmulo de tarefas.

A escolha dos sujeitos (conselheiros), para a coleta de dados por meio de depoimentos, seguiu a lógica da representação, os segmentos escolhidos foram o poder público, especificamente o gestor da saúde pública em Franca e o usuário, na proporção de três usuários para um do poder público. Explicamos que inicialmente, esta pesquisa deveria ser direcionada aos representantes do segmento usuário, ou seja, dois conselheiros desse segmento. Porém, no decorrer deste trabalho sentimos a necessidade de ter também os depoimentos do Gestor do SUS e do Presidente do Conselho de Saúde de Franca, assim ficamos com esse acréscimo.

Os depoimentos foram coletados por meio de entrevistas, seguindo um roteiro previamente elaborado e encaminhado ao entrevistado. Importa dizer que utilizamos o gravador em todas as entrevistas, visto que havia sido autorizado pelos sujeitos. Posteriormente transcrevemos as respostas obtidas e as encaminhamos aos depoentes para assinarem, caso estivessem de acordo com o conteúdo ali exposto. Depois desses documentos assinados, buscamos eleger categorias precípuas para análise visando ao aprofundamento e conhecimento da realidade estudada.

Os dados dos questionários aplicados aos conselheiros e a coleta de depoimentos embora tenham sido colhidos separadamente, estão interligados e foram analisados de forma integrada e, estão inseridos neste estudo à medida que se complementam.

Os sujeitos que colaboraram com este estudo, foram devidamente orientados sobre a finalidade da pesquisa e da importância da sua contribuição. Tal procedimento é de imprescindível valor denotando o caráter ético da pesquisa, bem como o respeito à população entrevistada. Com as condições de participação explicitadas objetivamente fizemos por meio da concordância, uma espécie de contrato entre entrevistado e entrevistador. Assim, tanto para a coleta de depoimentos como para aplicação de questionários elaboramos um termo de consentimento livre e esclarecido a respeito da pesquisa e dos seus objetivos (em anexo).

Os nomes dos (nossos) sujeitos não serão revelados, como já dissemos e recorreremos assim, ao termo “fala do conselheiro” ou “sujeito de nossa pesquisa”, para designar elementos de destaque da fala do conselheiro, referente à coleta de dados a partir dos questionários; e em relação ao depoimento, a identificação é feita por meio de nomes fictícios.

Além da perspectiva metodológica “quanti-quali” utilizamos fontes secundárias como: Plano Municipal de Saúde, Ata de reuniões e relatórios de ações do referido Conselho Municipal, documentos e publicações da Secretaria Municipal de Saúde; buscamos assim, dados sobre os serviços de saúde, e outros dados condizentes ao trabalho. O período de abrangência da pesquisa no Conselho é referente ao mandato em questão, iniciado em janeiro de 2004.

Ressaltamos a participação nas reuniões do Conselho de Saúde de Franca, como uma prática da pesquisadora desde 2003, com assiduidade há 06 meses. Portanto, este conhecimento serviu de embasamento para a nossa análise.

Importa dizer ainda que a configuração de análise dos dados seguiu a ordem do geral para o restrito. Assim apresentamos primeiramente algumas características dos usuários das UBS's e sujeitos desse estudo, em seguida a análise de dados.

Portanto, a visão que os usuários têm sobre o conselho e a forma que utilizam para participarem da saúde pública em Franca será abordada após uma rápida caracterização dos sujeitos, e nessa direção caminharemos para a participação a partir da esfera pública, ou seja, o Conselho Municipal de Saúde de Franca.

Realizamos a análise de dados referente aos questionários, por meio de porcentagem assim, o número de sujeitos, quando necessário está evidenciado entre colchetes. Utilizamos de gráficos para explicitar os dados e favorecer a compreensão dos números e trazemos como anexo as tabelas referentes aos dados compilados.

Para diferenciar as citações científicas, dos fragmentos das falas e depoimentos dos conselheiros utilizaremos a letra tipo cursiva, para esses últimos, uma vez que a Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT) deixa o projeto gráfico sob a responsabilidade do autor e [...] Recomenda-se, para digitação, a utilização de fonte tamanho 12 para o texto e tamanho 10 para citações longas e notas de rodapé (ABNT, 2001, p.5), ratificada na formatação deste estudo.

Perfil dos Entrevistados

Para a seleção do universo da pesquisa seguimos os critérios já relacionados: idade produtiva (considerando a faixa etária de 20 a 55 anos, dez homens e dez mulheres de cada UBS) e o pertencimento as Unidades Básicas de Saúde (UBS's) dos bairros: Aeroporto III, Leporace, Paulista e São Sebastião, conforme já indicamos, perfazendo um total de 80 sujeitos.

Os sujeitos são a seguir enfocados a partir dos dados contidos nos questionários aplicados nas UBS's, discriminadas anteriormente. A escolha se deu de forma aleatória, ou seja, as 80 pessoas foram convidadas a participar desta pesquisa, enquanto aguardavam por atendimento dos respectivos serviços, sendo 40 de cada sexo.

Ressaltamos que a aplicação dos questionários às mulheres foi mais fácil de ser realizado, no sentido de termos encontrado representantes desse segmento nas UBS's em maior número. Já em relação ao sexo masculino, tivemos que retornar várias vezes, para conseguirmos entrevistar o universo a que nos propúnhamos pesquisar. Isso considerando a idade de 20 a 55 anos, pois, observamos que os idosos são encontrados com maior frequência nesses serviços.

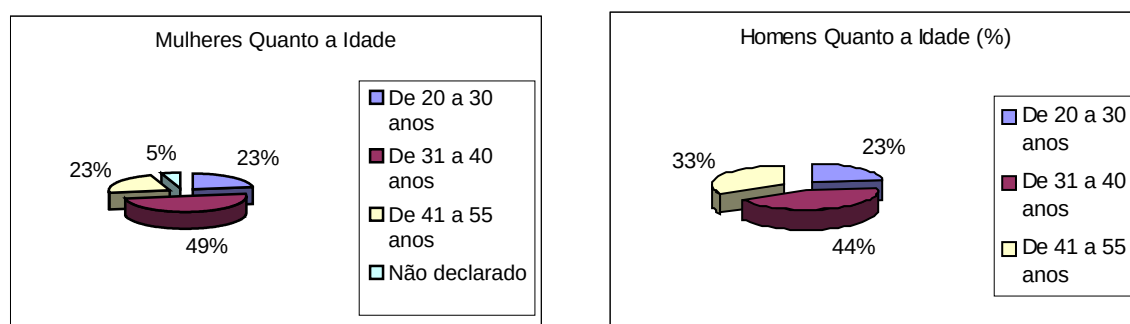


FIGURA 6 Distribuição dos Sujeitos nas Faixas Etárias (%)

De acordo com o gráfico (FIGURA 6) as idades predominantes foram entre 31 a 40 anos. Tomando como referência o total de 40 sujeitos para cada segmento, obtivemos 20 mulheres, 50 % e 18 homens, 45% nessa faixa etária.

A análise a partir da totalidade dos 80 sujeitos, 100%, dividida entre homens e mulheres (40 de cada sexo) destaca os seguintes valores percentuais. A maioria dos pesquisados, 38 pessoas, representam um total de 47,5 % e encontravam-se na faixa etária dos 31 aos 40 anos. Em seguida temos 22 sujeitos, de ambos os sexos, ou seja, 27,5% com idades entre 41 a 55 anos e por último, aparecem 18 mais jovens, de 20 aos 30 anos, com 22,5%.

É importante observar que esses dados estão estreitamente relacionados à questão do trabalho, uma vez que o mercado tem privilegiado os mais jovens e como realizamos a

pesquisa em dias úteis e em horário comercial, isso pode ter restringido uma maior participação dos que estão empregados oficialmente e com idades de 20 a 30 anos.

Canoas & Lara, no estudo sobre a precarização do trabalho, apontam que na região metropolitana de São Paulo, as pessoas, acima de 40 anos, têm mais dificuldades de conseguir um emprego. Esses autores afirmam que “Para quem tem até 29 anos, o número de vagas com carteira assinada aumentou em 1, 62 milhão. Os trabalhadores com mais de 40 anos viram desaparecer 357 mil vagas” (2001, p.135). Ao transferir a sua análise para a realidade do município de Franca/SP, comprova que a idade é um obstáculo para a colocação e recolocação no mercado de trabalho “[...] ocorre o preconceito... O trabalhador é rejeitado na porta da fábrica” (p.136).

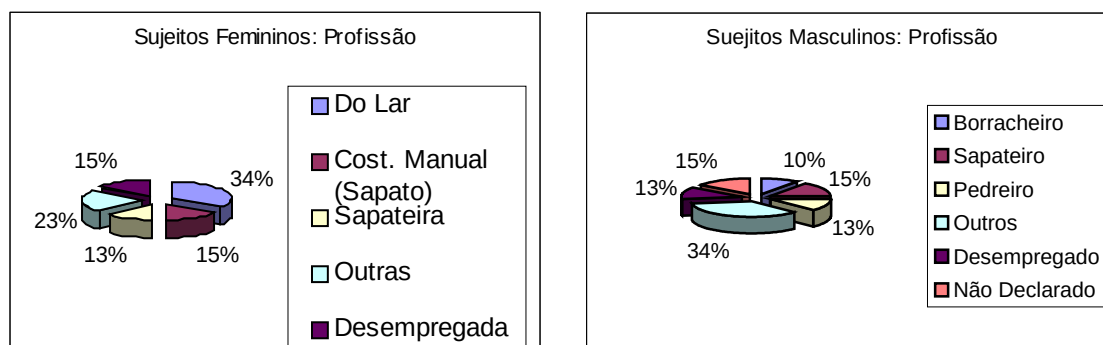


FIGURA 7 Distribuição dos Sujeitos nas Profissões (%)

Podemos observar, na figura acima, que a maioria, 14, das mulheres, representando 34%, exercem atividades não remuneradas, sendo denominadas por elas e pela sociedade como “dona de casa”. Tanto no sexo feminino quanto no masculino houve uma gama de atividades profissionais variadas, sendo inviável discriminar a todas na visualização gráfica, assim utilizamos a categoria – outros – para denominá-las, nesta sobressaíram 9 das mulheres⁸⁰, 22%, e 14 dos homens⁸¹, 35 %, exercendo atividades diversas.

Embora o município de Franca (SP) tenha o slogan comercial de “capital do calçado”, constatamos que 11, um número pouco expressivo, 13,75 % do total dos entrevistados, se declararam como trabalhadores formais na área calçadista. Se desmembrarmos por sexo, temos 5 do sexo feminino, 12,5%, e 6 do masculino, 15%. Esses

⁸⁰ Outras significam o agrupamento das seguintes profissões declaradas: Artesã, Auxiliar de Enfermagem, de Produção, Comerciante, Costureira, Cozinheira, Doméstica e Faxineira.

⁸¹ Outros compreende as seguintes atividades declaradas: Autônomo, Cabeleireiro, Comerciante, Guarda Noturno, Metalúrgico, Motorista e Servidor Público.

vão de encontro com os dados da figura 6, assim, lançamos mão mais uma vez do estudo realizado por Canoas & Lara (2001) para relacionar o processo de precarização das relações trabalhistas com a redução da formalidade empregatícia nesse setor (calçadista), gerando diminuição dos postos de trabalho e dentre outros, a dificuldade para “colocação e recolocação dos maiores de 40 anos” que como demonstram, essa situação, não se restringe apenas ao mercado de trabalho do município de Franca mas, permeia o contexto nacional.

Assim, constatamos que há uma interdependência entre as questões: idade e profissão. Esses dados estão relacionados com a questão nacional do trabalho (reestruturação, reorganização, redução dos postos de trabalho, fragmentação por meio da flexibilização e terceirização e outros). Em Franca o processo de reestruturação produtiva pode ser visualizado na “[...] redução abrupta do número dos postos de trabalho” (CANOAS & LARA, 2001, p.132).

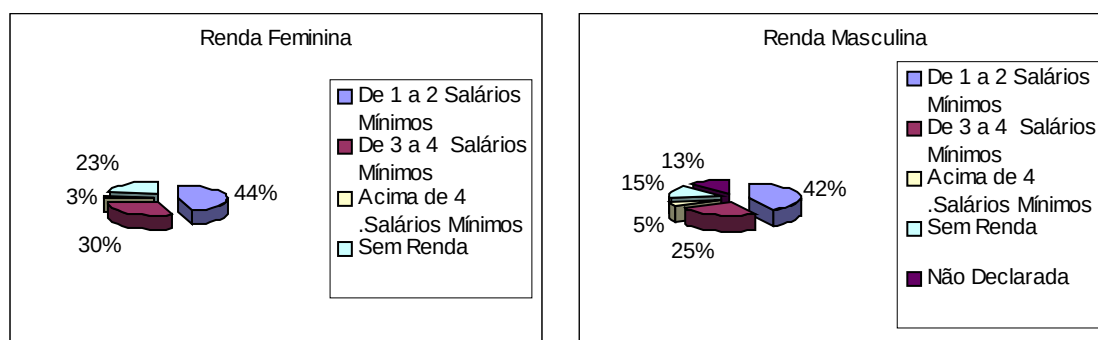


FIGURA 8 Distribuição dos Sujeitos Quanto a Renda (%)

Os gráficos, nos mostram que embora tenhamos compilado os dados por sexo, referentes às temáticas idade, profissão, renda e número de filhos, por questões didáticas, os resultados estão interligados e interdependentes, a faixa etária apresentou uma relação com o desemprego. As profissões reforçam essa integração, apontando para as atividades sem remuneração tal como a de dona de casa, de desempregados e, baixo percentual, de trabalhadores na indústria de sapato. Como consequência desses temos 15 dos indivíduos, 18,75 % do total, sem nenhuma renda e 35 sujeitos com renda de até 02 salários mínimos, perfazendo um total de 43,75 %, e acima de 04 salários mínimos estão apenas 03, representando 3,75 % do total.

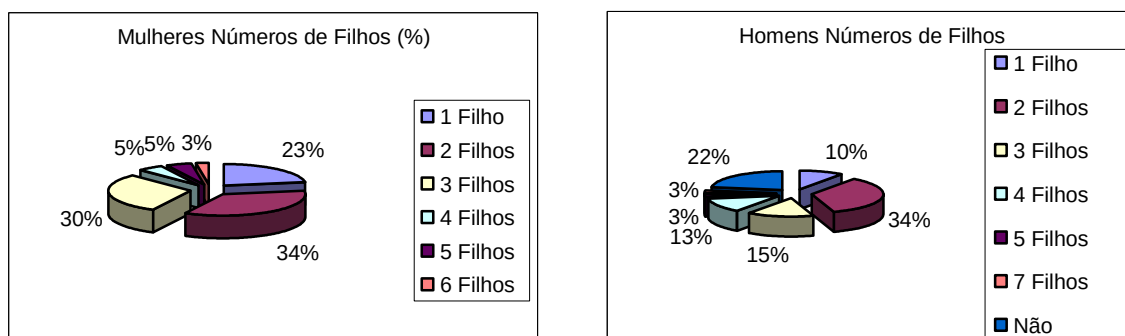


FIGURA 9 Distribuição dos Sujeitos Quanto ao Número de Filhos

Consideramos importante destacar o número de filhos dos (nossos) participantes, visto que esse tem uma relação imbricada com as condições de vida das pessoas. Até aqui, visualizamos a exclusão de uma parcela considerável dos (nossos sujeitos), do mercado formal de trabalho. Podendo ser corroborado pelos dados obtidos em relação a profissão pois, temos 14 mulheres, 35%, consideradas do “do lar” e 6 desempregadas, 15%, ou seja, 50% das mulheres participantes deste estudo, não possuem renda. Em relação aos homens, temos 5 em situação de desemprego, 12, 5%. Portanto, entendemos esses dados como fatores que dificultam a “criação”, a “educação” e a “manutenção” de filhos na sociedade capitalista.

Dentre as 80 pessoas pesquisadas dessas, 28 homens e mulheres, 35%, têm 02 filhos. É considerável, o percentual de 03 filhos, [18] 22,5 % do total dos sujeitos. Em relação a um filho temos 13 do universo pesquisado, representando 16,25 %.

Conhecimento dos usuários quanto ao direito de participar da política de saúde pública

“No Brasil, a participação popular ela incomoda, os gestores não estão acostumados a conviver com a participação popular. Então temos a Legislação, a Constituição mas, a participação é muito tímida, o próprio cidadão não foi educado para participar, ele vota, elege o seu representante no executivo ou no legislativo, mas ele não se sente comprometido em acompanhar a gestão, ele não foi educado para isso.” (Luis, conselheiro representante do segmento usuário).

Buscamos saber como a população francana reconhece o direito de participar da política de saúde pública, por meio do conselho de saúde.

Assim, indagamos se os nossos sujeitos conheciam o Conselho Municipal de Saúde. Das respostas obtidas se sobressaem duas categorias importantes para análise, uma referente ao total desconhecimento dos participantes do que seja este espaço e a outra, apesar de se

aproximar da definição, foi indicada de forma insegura (“acho que é..” “penso que é...”). Vejamos o gráfico (figura 10).

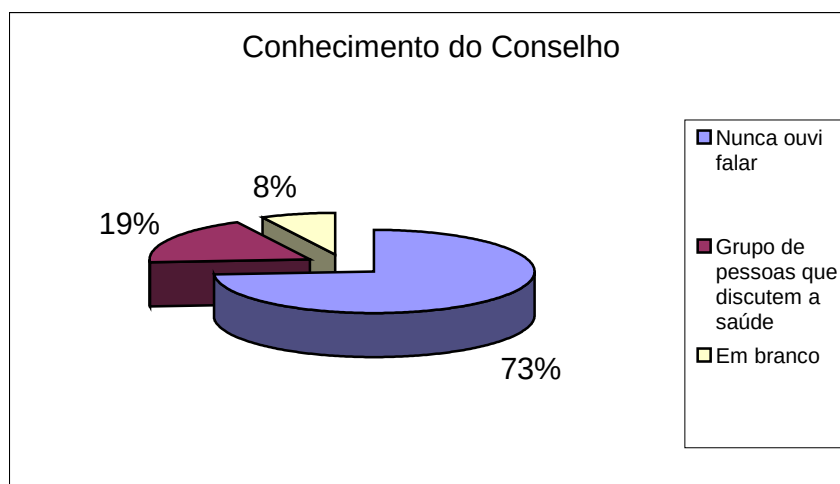


FIGURA 10 Conhecimento a respeito do Conselho Municipal de Saúde

“Deveria existir uma divulgação eficiente do Conselho e dos direitos para os usuários” (fala de um conselheiro).

Importa explicar que usamos a categoria “nunca ouviu falar”, para identificar as respostas do tipo, “nada”, “não sei o que é”, “nem imagino”, “desconheço o assunto”. Usamos também a expressão “um grupo de pessoas que discutem a saúde do município” para condensar as respostas similares como “grupo de apoio a saúde”, “pessoas que fiscalizam a saúde” e “pessoas que acompanham a saúde”.

Assim, obtivemos 59 respostas, 73,75%, por parte dos pesquisados de total desconhecimento, sobre o Conselho, 15 referiram a um “grupo que discute sobre os serviços de saúde da cidade”, sendo 18,75 % e 6 sujeitos, 7,5% não responderam, em branco.

Os dados comprovam a falta de uma cultura participativa na administração política brasileira, implicando no não acompanhamento da sociedade na condução da “coisa pública”.

Além da cultura secular de não participação, há também a luta cotidiana pela sobrevivência que intermediada pelas dificuldades sócio-econômicas, como sinalizado no perfil dos nossos sujeitos, reproduzem comportamentos seguindo o discurso neoliberal de governo, há uma “aceitação” da falta de recursos para investimentos na saúde pública ou manifestações pouco abrangentes, geralmente de cunho individual, não caracterizando a demanda coletiva pela efetivação dos propósitos da Reforma Sanitária.

Na segunda questão abordamos se os nossos sujeitos já haviam participado de alguma reunião do Conselho Municipal de Saúde, ou se teriam interesse em ser conselheiro.

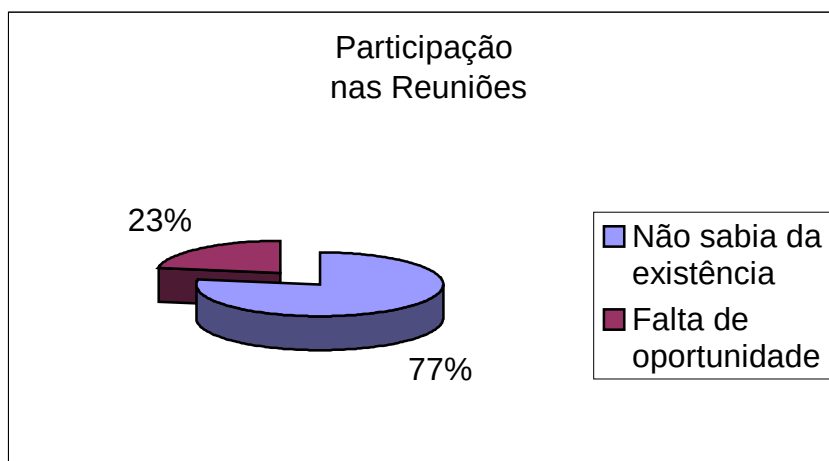


FIGURA 11 **Participação nas Reuniões do Conselho Municipal de Saúde**

“Eu sempre vou às reuniões do leite mais do Conselho eu nunca fiquei sabendo”
(fala de um sujeito).

O gráfico (figura 11) demonstra a predominância da afirmação “nem sabia que existia”, englobando as afirmações do tipo “nunca participei porque nunca fui informado a respeito”, “nunca fui convidado”, “não sei como funciona”, “não tenho conhecimento dessas reuniões”. Sobressaiu também a afirmação de que ainda não tiveram oportunidade. Desse modo, 62 pessoas, 77,5 %, responderam dentro da categoria “nem sabia que existia” e 18 dos sujeitos, 22,5 %, disseram não participar “por falta de oportunidades”.

Essas respostas revelam a falta de envolvimento popular no debate de políticas públicas, pois estas pessoas estão alheias aos seus direitos e totalmente desinformadas. Relacionando esta questão, se já participaram de alguma reunião no Conselho Municipal de Saúde com a primeira, a qual refere-se ao conhecimento que as pessoas têm a respeito deste Conselho podemos dizer que o processo de participação está dependente de informação, que também pode estar dependente das ações sócio-educativas desenvolvidas pelos serviços de saúde.

A construção cultural da nova concepção de saúde (mais ampla, não significando apenas o contrário de doenças) como cidadania pode ter nas Unidades de Saúde o seu principal cenário e nos trabalhadores atores e autores a medida que a sua atuação não fique apenas aguardando pela demanda por cura e tratamento mas, que seja propositora de ações

que representem verdadeiramente a Promoção da Saúde e fazendo a conexão com as condições de vida e fomentando questionamentos, debates e controle social.

“Olha para ser conselheiro a gente tem que saber e entender um pouco para passar para as outras pessoas” (fala do sujeito).

A fala, destacada acima, mais as respostas “nem sabia que existia” de 77,5 % dos nossos sujeitos, e 22,5 % referente a não participação por “falta de oportunidades”, reforçam a necessidade de informação e também da mudança de enfoque nas ações desenvolvidas pelas Unidades de Saúde.

Assim, reforçamos a importância do trabalhador de saúde em construir a sua prática, dentro do novo conceito de saúde. Considerando que o significado de saúde está além do atendimento às demandas espontâneas e portanto exige ações que superem a simples execução de tarefas, envolvendo os usuários nas questões favorecedoras de cidadania e portanto de saúde.

O novo conceito, como vimos ao longo desse estudo, potencializa os fatores condicionantes, dentre eles, o da organização social (LEI 8080, art.2 inciso 3) para se ter saúde. Então é na relação com os serviços de saúde que a possibilidade de participar, acompanhar e fiscalizar (controle social) essa política deve ser refletida, incorporada e assumida pelos trabalhadores e usuários.

Dentre as principais dificuldades para mobilizar e/ou potencializar a participação ativa, informada e propositiva dos principais agentes sociais na formulação e fiscalização das políticas de saúde, destaca-se. A quantidade de informação acumulada a respeito do SUS (financiamento, orçamento para a saúde, acesso, RH envolvidos, programas desenvolvidos, experiências exitosas, etc.) não é democratizada e disseminada de forma transparente e nem mesmo com uma linguagem acessível para os diferentes setores sociais. Ressalta-se a importância de publicização de todas essas informações, pois, elas são fundamentais para atuação dos sujeitos sociais, objetivando a efetiva construção do SUS (BRASIL, 2003, p.64).

Na última questão, buscamos saber quais as formas utilizadas pelos nossos sujeitos para participarem da saúde pública em Franca.

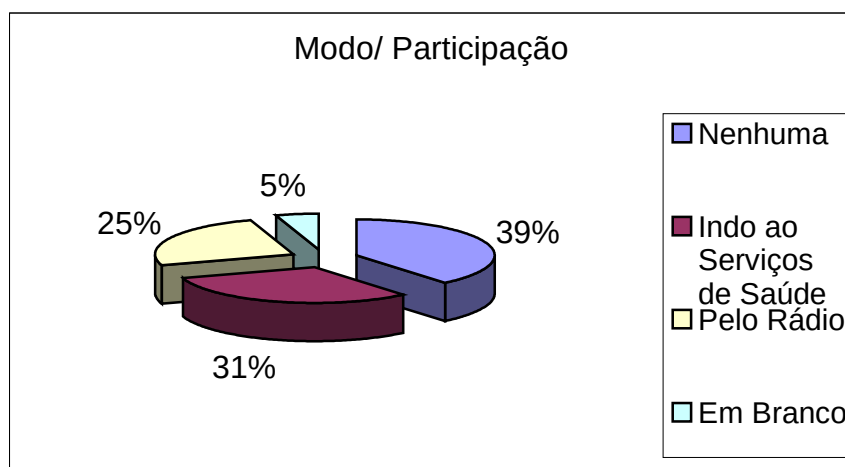


FIGURA 12 Formas de Participação no SUS em Franca

“De nenhum jeito. A gente só escuta pelo rádio, acompanhando outras pessoas que reclamam” (fala do sujeito).

Nesta o modelo biomédico de saúde prevaleceu. Nas respostas destacamos as categorias “nenhuma”, pelo “rádio” e “quando vou aos serviços de saúde”. Os mecanismos conquistados historicamente como Conselhos, Conferências, Assembléias e outros nem apareceram, como podemos visualizar no gráfico (figura12).

Assim, como ilustrado no gráfico, 25 pessoas, 31,25% disseram participar indo aos serviços de saúde, [31] 38,75% de nenhuma forma, 20 dos pesquisados, 25%, referiram usar a emissora de rádio e 4 não responderam, ou seja, 5% em branco. Esses dados nos permitem pontuar mais uma vez que o processo participatório pode ser desencadeado a partir de reflexões holísticas da relação saúde-doença propiciada pela interação do usuário e com os serviços de saúde.

A nossa história é marcada pelo assistencialismo e paternalismo, a própria saúde ficou nas mãos da filantropia durante séculos (como sinalizamos no primeiro capítulo). As ações inusitadas de prevenção têm sempre uma relação com atitudes individuais, solitárias e pouco universalizantes. É preciso, portanto, o desenvolvimento de práticas na saúde, que realizem a assistência, mas sem deixar de fazer a conexão com as causas geradoras dos problemas apresentados. A subalternidade não pode ser reforçada, ao contrário, deve haver a mediação entre a fragmentação (singularidade) da situação apresentada com a totalidade (universalidade) sem perder de vista o sujeito (particularidade).

“Sou agente de saúde e além do meu trabalho ajudo arrecadando cestas básicas de alimentos, doação de remédios e até mesmo consultas, para quem precisa, para famílias que tem algum tipo de problema de saúde.” (fala do sujeito).

O recorte acima, demonstra a prática assistencialista tradicional, presente na política brasileira, revelando um verdadeiro desafio, especialmente para os serviços de saúde, em construir práticas inovadoras, articuladas ao meio (habitat dos usuários) e aos valores culturais, traduzindo assim, o pluralismo de interesses numa visão ampla de saúde, reforçando o empowerment, ou seja, emponderamento das pessoas envolvidas na construção coletiva de práticas cidadãs, não se limitando apenas às aparentes necessidades.

Desse modo, o dado “nenhuma participação” referido por 31 sujeitos, 38,75%, reforça o que já dissemos, uma vez que implica numa nova relação entre os trabalhadores da saúde e seus usuários.

Em relação à resposta, “participam pela rádio”, tivemos 20 sujeitos um total de 25%. Para Vasconcelos (1997), a rádio pode além de divulgar o trabalho dos serviços de saúde, discutir causas de enfermidades “[...] poderá abordar de uma maneira mais ampla e profunda os problemas que encontra, falando mais organizadamente das suas causas, da sua importância social e das possíveis formas de enfrentamento” (1997, p.130), atingindo um número grande de pessoas e não apenas problemas particulares.

Essa maneira de tratar o problema de saúde tem muito mais chance de mostrar, com clareza, as causas e conseqüências sociais da doença. Tem também mais chance de conseguir articular os vários movimentos populares de saúde, estas pontas-de-lança do processo de conquista da saúde, estas linhas-de-frente do processo de aperfeiçoamento do saber popular em saúde. (VASCONCELOS, 1997, p.133)

É plausível a possibilidade de se fazer uso desse meio de comunicação, conforme apontado por Vasconcelos (1997), inclusive para ações de prevenção da saúde, e também para fomentar o debate a respeito dessa política.

Entretanto, podemos verificar que este mecanismo de participação realiza-se de forma passiva, em Franca, geralmente ouvindo ou fazendo denúncias do mau atendimento, da falta de acesso, de medicamentos etc, são feitos pela população nas emissoras de rádio. E dessa forma, não promovem um debate efetivo e contínuo acerca das dificuldades constatadas, ou seja, frente a uma necessidade emergencial as pessoas buscam denunciar na rádio.

Trata-se de uma forma de manifestação, indubitavelmente, contra aquilo que consideram inadequados, mas de âmbito individual. Ressaltamos, mais uma vez, o papel dos

serviços de saúde no esclarecimento e na organização dos usuários para a superação dos problemas sociais que refletem na saúde. Se o trabalho desenvolvido, passa a conotação de voluntarismo, benesse sem fazer a conexão entre acesso e direito e entre as peculiaridades biológicas e as condições de vida acaba não havendo a promoção da saúde “[...] Ou seja, a saúde é muito menos um conjunto de cuidados médicos e muito mais um processo e um estilo de vida dentro de condicionantes biológicas e sociais” (MINAYO, 1997, p.10).

O atendimento nos serviços de saúde pode estabelecer com os usuários uma relação subalternizada, caracterizada pela solidariedade de quem presta o serviço, não desenvolvendo uma ação emancipatória. Assim quando o trabalhador passa a idéia de que o benefício, atendimento ou assistência é uma benevolência, estabelece uma relação de dependência e gratidão, principalmente se acrescentarmos a dificuldade de acesso.

Assim, questionamos na área da saúde a descontinuidade dessa ação, uso da rádio como participação, que no caso de Franca, observamos a falta de envolvimento coletivo, a ausência de debate ou proposições universais, não significando, portanto, em controle social (acompanhamento da política de saúde pública), em empowerment (aprendizado a partir da pluralidade e diversidade), em accountability (exigência de prestação de contas) ou seja, não representa uma forma de participação cidadã (debate coletivo) fatores preponderantes para a efetivação do SUS.

Enfatizamos que não descartamos a “pressão” que uma notícia pode representar ao poder público. Mas o que vivenciamos no contexto francano, em relação à participação na imprensa falada é que muitas vezes o usuário ao reclamar por meio de algum programa, conta com a intervenção imediata de representantes do governo, resolvendo parcialmente o problema “ao vivo”, numa relação individual e clientelista.

Se fizermos uma relação dos dados referentes ao desconhecimento sobre o Conselho Municipal de Saúde (59 sujeitos, representando 73,5%) com a forma de participação aferida por 20 pesquisados, 25%, temos na imprensa falada uma forma alternativa de discutir saúde, inclusive podendo ser utilizada para divulgar os mecanismos de participação (Conselhos e Conferências) e para envolver a população no debate dessa política, sendo inclusive proposta pelo Conselho Nacional de Saúde.

A comunicação transparente e democrática entre governo e sociedade, comprometida com o SUS e o controle social, deve valer-se de diferentes mídias: Internet, grande imprensa, rádios AM e FM, rádios comunitárias, boletins, jornais de bairro, televisão aberta, emissoras setoriais, veículos próprios do governo, mídia do terceiro setor e de todos os segmentos envolvidos com o controle social (BRASIL, 2003, p.65).

Percebemos a mescla de múltiplos fatores, a crise econômica e a fragmentação da classe trabalhadora, o que dentre outros, dificulta a organização e de busca de objetivos coletivos, deixando os trabalhadores mergulhados nos problemas cotidianos relativos a luta pela sobrevivência, representando limites para o envolvimento em questões mais amplas, como a saúde coletiva.

O Conselho de Saúde em Questão

O conselho é positivo primeiro, o fato dele existir já é de suma importância e além de existir ter dentro da composição o representante do usuário independente de quem seja ele, falando aqui pode parecer uma coisa comum a todos mais tendo um conselho municipal de saúde aonde existem pessoas de nível universitário, prestadores de serviço e você tem neste mesmo conselho uma pessoa que é representante do usuário que fala em igual nível de responsabilidade, isso é muito importante (depoimento do gestor da Secretaria Municipal de Saúde).

Como já explicitamos na metodologia, durante as reuniões no Conselho Municipal de Saúde, distribuímos os questionários aos conselheiros (titulares e suplentes) presentes nas reuniões, totalizando trinta e dois questionários distribuídos, desses nos retornaram doze, perfazendo 30%, em relação ao total de conselheiros, 40. Como parte da análise apresentamos algumas características dos conselheiros, sujeitos da nossa pesquisa, realizada por meio de questionários. Isso, é necessário, principalmente para conhecermos a representação da sociedade dentro do Conselho, os segmentos e o tempo que estão inseridos nessa prática.

TABELA 1 – Conselheiros CMS/Franca. Conhecendo o Conselheiro Municipal de Saúde de Franca/SP

Segmento	Tempo / Atuação	Idade	Sexo	Profissão
Usuário	3 anos	39 anos	Masc.	Pintor de Parede
Usuário	10 meses	31 anos	Masc.	Arquiteto
Prestadora de Serviços	4 anos	-	Fem.	Assistente Social
Trabalhadores da Saúde	8 anos	52 anos	Masc.	Dentista
Deficientes Físicos e Mentais/Usuários	3 anos	30 anos	Fem.	Assistente Social
Trabalhadores da Saúde	2 anos	32 anos	Masc.	Serv. Público
Centro Comunitário/ Usuários	8 meses	-	Fem.	Dona de Casa
Usuário	3 anos	44 anos	Fem.	Dona de Casa
Governo	6 meses	46 anos	Masc.	Dentista
Movimento Sindical/ Usuários	6 meses	51 anos	Masc.	Sapateiro
Usuários	10 meses	40 anos	Masc.	Fiscal Sanitário
Governo	9 meses	55 anos	Masc.	Sapateiro

Fonte: Dados colhidos a partir dos questionários aplicados aos conselheiros do Conselho Municipal de Saúde de Franca/SP.

Nenhum cidadão ou cidadã assume com paixão a condição de conselheiro de saúde se não tiver a certeza de que a saúde é um direito de todos e um dever do Estado. Que a universalidade é um direito e é possível e se não tiver esperança de que estamos lutando incansavelmente para um dia nos reunirmos numa grande conferência, a maior de todas, para comemorar a vitória do exercício da cidadania, a vitória do SUS com todos os seus princípios, o acesso universal e igualitário e a saúde pública de qualidade para todos (BALSEMÃO, 2004, p.7).

Como podemos observar, 12 sujeitos que responderam o nosso questionário, são na sua maioria, 7 representantes do segmento usuários, ou seja, 58,33 %. Lembramos que a constituição do Conselho segue a composição paritária, conforme prevê a legislação.

O Conselho de Saúde é um espaço composto por usuários, gestores da saúde, de caráter permanente, deliberativo e paritário. Ou seja, tem que ser composto por 50 % de usuários e 50% de gestores, prestadores de serviços e trabalhadores em saúde. O objetivo principal do Conselho é discutir, elaborar e fiscalizar a política de saúde em cada esfera de governo (BRAVO, 2002, p.47).

O quadro nos mostra que alguns conselheiros, estão há mais de um mandato, 2 anos. O regimento interno desse Conselho, no art. 6 e inciso 8^a. reza que “É permitida a recondução de membro do Conselho anterior, para o próximo mandato de dois anos...” Assim, 5 conselheiros, 41,70 %, participam há mais de uma gestão, pois alguns iniciaram como suplente e acabaram tendo um percurso de quatro, oito anos de conselheiro.

Para a composição do Conselho, na atual gestão, no que tange a representação do usuário, foi constituída uma comissão formada por membros da gestão anterior do Conselho, e também por alguns representantes do poder público, para a realização e acompanhamento de eleições nos bairros.

Este procedimento ao que nos parece, trata-se de uma estratégia democrática e cidadã, pois leva a discussão do Conselho até a comunidade. Porém na visão de alguns conselheiros faltou divulgação e envolvimento dos usuários prejudicando a sua representação, visto que acabou elegendo pessoas pertencentes a outros segmentos (poder público, trabalhadores da saúde) como usuários.

Para a eleição que ocorreu para o último mandato, foi feita uma comissão formada por membros da secretaria de saúde e o então Presidente do Conselho... foi feita nos bairro e dentro daquela região teve as plenárias para votação. Acredito que foi inadequada, e eu coloquei isso na primeira reunião. Todos nós erramos porque se era representante do segmento usuário então todos os usuários tinham que estar atentos, participar mesmo (Laura, conselheira, representante do segmento usuário).

Segundo o depoimento da conselheira, sujeito de nossa análise, a constituição da atual gestão seguiu os critérios da Lei. Os prestadores de serviços, os trabalhadores da saúde e o poder público encaminharam os seus respectivos representantes mas, a eleição do segmento usuário ficou prejudicada, no sentido de ter tido “*indução, teve direcionamento na escolha*” (idem).

Enfatizamos que esse episódio, referente a atual gestão do Conselho Municipal de Saúde de Franca, foi apontado por vários conselheiros. Ao nosso entendimento retrata a representatividade do segmento usuário e a forma que a mesma vem sendo conduzida frente a gestão da saúde pública. Esses dados reforçam a nossa reflexão quanto à carência de informação, referente ao Conselho e o seu funcionamento.

Lembramos que na pesquisa com os usuários tivemos 73,75%, referente a 80 sujeitos, de total desconhecimento sobre o Conselho. Em relação a indagação sobre a participação nas reuniões do Conselho ou se teriam interesse de serem conselheiros, obtivemos 77,5 % dentro da categoria “nem sabia que existia” e 22,5 % disseram não participar “por falta de oportunidades”. Dessa forma, os dados deste trabalho estão interligados, e comprovam a carência de informação da população a respeito do direito de participar. Assim, o processo de eleição para novos conselheiros pode ter ficado prejudicado, também pela ausência de acompanhamento dos usuários nesse processo, que num círculo vicioso pode ser consequência da desinformação e da cultura não participativa.

A organização política no Brasil, foi feita de forma a tornar o cidadão de baixa renda dependente, então é a política clientelista que predomina. É o hábito da pessoa ir para o legislativo, como um transferidor de benefícios de mão para mão, a gente chama de política clientelista, então a participação ela derruba, ela desmonta o esquema da política clientelista aí conseqüentemente vai incomodar, um exemplo, em 1997 os vereadores estavam contra o orçamento participativo, que ainda funciona de forma rudimentar, mesmo sendo rudimentar a gente viu alguns vereadores reclamarem diziam que estavam cercados do seu direito de legislar, mas estavam mesmos incomodados com a participação (Luis, conselheiro representante do segmento usuário).

Assim a informação se apresenta como um fator preponderante para o desencadear da participação e para a ruptura da forma como vem sendo desenvolvida a política brasileira. Mas, não se trata de um simples repasse de informes, devendo envolver, sobretudo, a população na questão das políticas públicas, no seu funcionamento e no seu gerenciamento. O Conselho e seus objetivos têm que ser clareados, um processo de educação popular. “Os Conselhos de Saúde devem fixar Cartazes nos Serviços de Saúde ..., divulgando os direitos

dos usuários, procedimentos, telefones, endereços dos Conselhos de Saúde, Ministério Público, PROCOMs, entre outras informações” (BRASIL, 2003, p.63).

Buscamos com essa fase da pesquisa (questionários e depoimentos) fotografar os avanços, os limites e as sugestões dos conselheiros em relação à sua prática e ao papel do Conselho Municipal de Saúde. De acordo a interdependência das respostas, dos questionários e dos depoimentos os utilizaremos concomitantemente, ou seja, a análise de dados considerou a conexão entre as informações, sendo realizada de forma integrada.

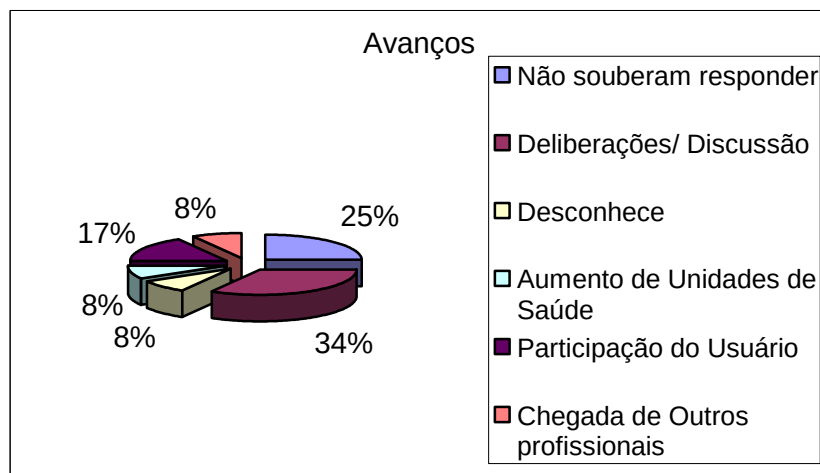


FIGURA 13 Principais Avanços Apontados pelos Conselheiros

Temos um Conselho que caminha com dificuldades mas, caminha. Sabemos que em outras localidades da DIR muitos conselhos existem só no papel (fala de uma conselheira representante do segmento usuário).

Quanto ao que consideram avanço como resultado da atuação do referido Conselho, sobressaiu a possibilidade de discutir os projetos, programas e serviços, deliberando a respeito, por 4 conselheiros, 33,33%. “A participação da população é precária (mais existe). Discussão e reflexão dos assuntos por essa população é um avanço” (fala de um conselheiro, segmento usuário).

Outra questão identificada como avanço refere-se a participação do usuário, no Conselho 2 dos sujeitos, 16,66%, relatam essa experiência como um diferencial na gestão do SUS.

Além disso, um conselheiro, 8,33% ressaltou a contribuição de idéias provenientes de outras áreas e acentuou a “chegada de profissionais de outras áreas para discutir a questão da saúde” como avanço. Podemos notar que essa resposta vai de encontro com a concepção de saúde, na qual há uma compreensão dos vários fatores determinantes para o seu processo, e que implica no trabalho interdisciplinar, não mais centrado na figura do médico “O conselho é

um espaço de construção de idéias, na busca de melhorar a saúde de todos” (fala de um conselheiro representante do segmento usuário).

Percebemos que há dificuldades dos conselheiros em reconhecer os avanços, pois, 3 dos pesquisados, 25% atribuíram avanços, como a promulgação do SUS, ao respectivo Conselho apontado nessa análise como “não souberam responder”, uma vez que pretendemos enfatizar as ações da atual gestão do Conselho Municipal de Saúde de Franca.

Reforça essa dificuldade a afirmação de um conselheiro, 8,33% em não conseguir visualizar os avanços da atuação do Conselho Municipal de Saúde.

Neste contexto, buscamos conhecer também os principais limites enfrentados no cotidiano deste Conselho. Salientamos que os sujeitos apontaram mais de uma sugestão, assim o número de frequência para as mesmas é superior ao número de pesquisados.

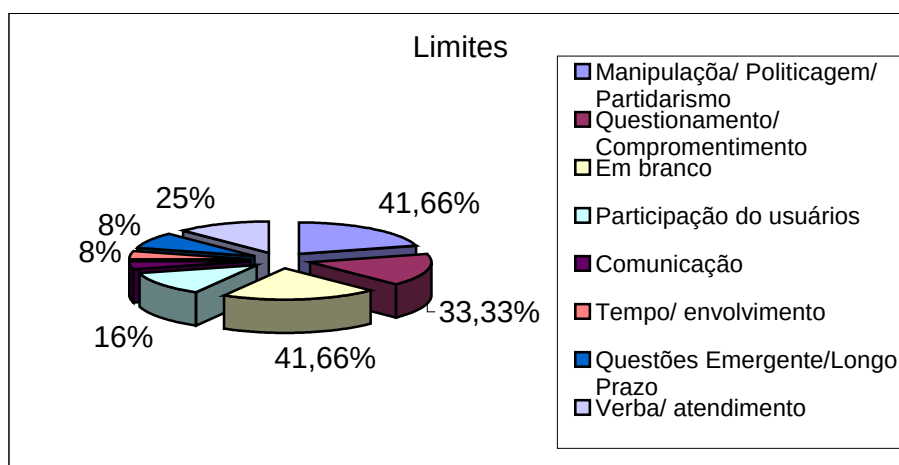


FIGURA 14 Principais Limites Levantados pelos conselheiros

Manipulação. Inclusive na eleição houve uma manipulação que talvez ela não trouxesse benefícios nem para o governo e nem para a população, porque a forma que foi feita a última eleição a gente sentiu claramente que houve essa manipulação, inclusive existe na primeira ata na qual eu mostrei que estava completamente errada a maneira com que foi feita, aquelas pessoas não tinham direito de serem eleitos, porque representava o governo num momento e no outro momento estavam representando o usuário. Uma coisa que a gente sentiu claramente é que houve manipulação (Olimpio, conselheiro representante do segmento usuário).

Temos no gráfico (figura 14) e no depoimento a manipulação e a politicagem como principais limites. Ao relacionarmos os dados já apresentados, sendo 73,75 % de total desconhecimento sobre o Conselho Municipal de Saúde e 77,5 % de não participação nas reuniões porque “nem sabia que existia” com a pesquisa sobre os limites temos (novamente) a relação da participação com a informação. Pois 5 conselheiros, perfazendo 41,66% dos

pesquisados indicaram que a politicagem/partidarismo influencia a condução das reuniões e dos trabalhos, sendo que essa influência se intensifica diante da desinformação.

A questão da informação, não é uma emergência específica de Franca, o Conselho Nacional de Saúde (CNS) realizou, em maio de 2003, uma oficina sobre informações em saúde voltada para o controle social, definindo que “A produção de informações para o controle social deve ser realizada sob demandas programadas e estruturadas pelos conselhos de saúde” (BRASIL, 2003, p.13),⁸² colocando esta prática como favorecedora da cidadania.

Assim, a falta de envolvimento do segmento “usuário” no acompanhamento das políticas públicas, no caso a saúde, abre um vácuo que, ao ser preenchido por outros segmentos, automaticamente trazem implícito nas ações de saúde os seus objetivos em detrimento do coletivo, isto é dos usuários.

Compreendemos que essa falta de conhecimento e de participação ativa da sociedade na saúde pública, caracteriza a causa dos principais limites.

Nos depoimentos, dos quatro conselheiros entrevistados também houve a predominância da questão da manipulação. Isso foi mencionado tanto por parte do representante do poder público como dos usuários.

O representante do governo já tem uma visão de governo que está sendo conduzida, por outro lado você tem aí prestadores de serviços e estes têm uma visão analógica do resultado do lucro, é evidente que sempre que tiver falando de alguma questão aonde esses anseios não tiverem sendo atendidos, nós teremos aí uma disputa por proposta... Dentro do segmento de usuários, como consequência se esse usuário não sofre uma capacitação e não é razoavelmente preparado para saber com o quê ele vai lidar com frequência ele acaba sendo absolvido pelo poder de argumento dos outros segmentos... por conta de não estar preparado de forma mais adequada eles às vezes é engolido pelos outros (Eduardo, conselheiro representante do poder público).

Esse depoimento reforça, mais uma vez, o que a nossa pesquisa revelou até aqui, ou seja, a necessidade de divulgação e de envolvimento da sociedade na questão da gestão da saúde. O depoimento de um outro conselheiro, representante do usuário, também enfatiza o limite já apontado no gráfico (figura 14).

⁸² A Oficina de Trabalho “Informações em Saúde para o Controle Social”, aprovada na 128ª. Reunião Ordinária do Conselho Nacional de Saúde e realizada nos dias 29 e 30 de maio de 2003 na sede da OPAS, em Brasília, constituiu-se no primeiro passo para a construção do componente Controle Social na Política Nacional de Informação e Informática em Saúde, com a participação efetiva das três esferas do controle social do SUS. (BRASIL, 2003, p.7).

Eu acho que o conselho municipal de saúde, não é um “ringui”, não é um campo que tem o poder público e os usuários lutando por uma coisa diferente acho que ambos tem que lutar pelo bem comum, que é a melhoria do sistema de atendimento e funcionamento da saúde. Mas muitas vezes os entraves acontecem porque interesses antagônicos existem de um lado e de outro (Laura, conselheira representante do segmento usuário)

A disputa de projetos é entendida como democrática, mas ao ser feita de forma desigual, visto que quem tem mais conhecimento (estudo) acaba tendo maior condição de argumentação que aquele, que está desprovido de informação relativos ao assunto em pauta. Assim, a desinformação passa a se constituir em um empecilho desta e da participação, limitando o controle social.

Eu vejo assim, é que as pessoas que entraram como representante do usuário, elas ainda não têm uma experiência, posso dizer não estão preparadas, capacitadas e também não incorporaram a questão da representatividade. Então isso é natural quando as pessoas novas entram. Quando eu entrei ficava mais na retaguarda só observava... Mas hoje eu vejo assim que a participação do usuário ela é pequena, é muito precária, é mais querer entender do que propor. Às vezes, você está discutindo alguma coisa e a pessoa quer entender, então eu acho que falta esse momento, que todo conselheiro quando entra ele tinha que fazer um curso de capacitação..., porque quando as pessoas entram assim, desprovidas de qualquer tipo de noção de representatividade, ela fica na discussão de pequenos casos, de coisas particulares (Laura conselheira representante do segmento usuário)

Outro limite, apontado nos questionários, como podemos visualizar no gráfico (figura14) e também nos depoimentos e que está interligado as questões já abordadas (falta de conhecimento do Conselho e manipulação), é a falta de envolvimento e de posicionamento crítico dos conselheiros frente à gestão do SUS, no município. 4 sujeitos, representado 33,33%, dos pesquisados referiram a falta de envolvimento como um dificultador para uma participação mais atuante voltada para a saúde coletiva.

Nos depoimentos, esse limite também apareceu (falta de envolvimento dos conselheiros), principalmente no segmento usuário, ora atrelado a questão da indisponibilidade em decorrência da carga horária de trabalho, ora a falta de capacitação e de entendimento do SUS. “A participação da maioria dos membros é de forma irregular, no sentido que a maioria das pessoas trabalham, e dispõem de pouco tempo para fiscalizar e acompanhar o sistema” (Fala de um conselheiro).

Desse modo, o segmento usuário participa em condições desiguais em relação aos demais conselheiros. Destacamos dois pontos que reforçam essa desigualdade, primeiro, porque esse, geralmente, não tem dispensa do trabalho para participar das reuniões, como

ocorre com os representantes dos outros segmentos. Segundo, ele não está vinculado a um serviço de saúde, portanto, ele não vivencia no seu cotidiano o funcionamento do SUS. Esses fatores podem restringir o seu conhecimento frente aos conselheiros que representam os prestadores de serviços, o poder público e os trabalhadores de saúde, os quais lidam diariamente com a questão da saúde.

Paradoxalmente há um aspecto positivo nessa não experiência de “saber tecnificado” de saúde, que se expressa no fato do usuário levar para dentro do Conselho a sua visão, não de um técnico, mas de usuário, apontando o modo de ver sentir e interpretar a gestão da saúde pública.

É de fundamental importância quando um conselheiro municipal de saúde, representando o segmento usuário vai lá e fala, ele está falando aquilo que ele gostaria que acontecesse, sem nenhuma interferência de conhecimento, de tecnologia (Eduardo, conselheiro representante do poder público).

Entretanto, a falta de conhecimento é sem dúvida um obstáculo, pois para que ocorra a participação no Conselho, como indicado na pesquisa com os usuários, as pessoas necessitam de estarem informadas. O mesmo procedimento, informação, pode ser usado para efetivar a participação que, conforme os dados desta pesquisa, está dependente de um mínimo de conhecimento, visto que o poder de argumento está intimamente ligado a propriedade da informação, ou seja, a capacidade para o debate está alicerçada, dentre outros no conhecimento, evitando a manipulação e favorecendo a legítima interlocução do segmento usuário.

A participação do usuário fica prejudicada porque o outro já tem conhecimento profundo, até das leis que rege a área da saúde, então ele tem muito mais facilidade até às vezes de manipular as coisas. A gente vê muito que todas as aprovações de verbas, elas vêm de última hora, não chega com antecedência pra gente estudar, é sempre aquilo, tem que aprovar para não perder a verba. Isso aí não funciona, nós precisamos saber por que vem essa verba, aonde vai ser gasta e o seu destino correto (Olímpio, conselheiro representante do segmento usuário).

A ausência do conhecimento pode ainda causar constrangimento, inviabilizando a participação. Podemos comprovar isso com o depoimento de um conselheiro, representante do usuário, ao participar de uma Conferência de tema específico.

Numa Conferência que tinha que ter a participação popular só tinha a participação dos profissionais da saúde. Durante o evento, a gente via claramente um preconceito da maioria dos profissionais, não todos, tem exceções, mas o que predomina é sim o pré-conceito em relação à presença popular... de forma que quem não é acostumado a participar entra e sai logo, por que sai com constrangimento, sabe que não tem espaço, eu porque sou perseverante, sou um pouco calejado nisso (Luis, conselheiro representante do segmento usuário).

Nesse sentido, o conselheiro com reduzido conhecimento sobre a política de saúde fica e sente marginalizado nas reuniões, sem posicionamento crítico visto que permanecem inibidos e vexados e, portanto, não ocorre a participação ativa.

Outro limite, apontado é o fato das reuniões ordinárias acontecerem sistematicamente uma vez ao mês (art.13 do regimento interno), com exceção para as extraordinárias. *“O tempo é curto para discutir tudo que está na pauta, sempre fica coisa pendente para a próxima reunião”* (fala de um conselheiro).

Alguns conselheiros se reportaram ainda a questão da qualidade das reuniões que diante de defesas de assuntos particulares perde muito a qualidade, desmotivado a participação cidadã. *“Em primeiro lugar não é propriamente aquela rivalidade pessoal, mas aquela coisa da pessoa ir para lá para defender uma coisa que não tem nada a ver com a outra, geralmente estão defendendo o governo e então a saúde fica em segundo lugar”* (Olimpio, conselheiro representante do segmento usuário).

Além disso, esses participantes de nossa pesquisa apontaram para o fato do Conselho deliberar muito pouco e que há uma dinâmica voltada para *“as questões emergentes e particulares, não se discute propostas para melhoria a longo prazo que contemplem a coletividade”* (fala de um conselheiro).

Realmente no conselho deliberamos muito pouco, eu não sei se isto é um hábito ou se nos reunimos muito pouco, uma vez por mês, ou se cada um dos conselheiros tem outras atividades que acabam tomando o tempo de cada um. Realmente não se vê com frequência o conselho se reunindo para deliberar sobre a política de ação a ser implantada no futuro. No momento o que se vê é o Conselho se reunindo para opinar sobre o que já aconteceu ... (Eduardo, conselheiro representante do poder público).

Como os dados nos revelam o papel do Conselho de discutir, elaborar e fiscalizar a política de saúde pública em Franca pode ser descaracterizado pela falta de informação e capacitação dos conselheiros, e também pela falta de envolvimento dos usuários nesse processo.

Ressaltamos, mais uma vez, que há interdependência entre os dados, pois, a questão da manipulação, a falta de posicionamento crítico e questionador, a falta de envolvimento dos usuários, a dificuldade de comunicação, a discussão de temas emergentes e outras estão intimamente ligadas, e apontam (como veremos na próxima questão) para a necessidade de informação, preparo e capacitação.

A terceira questão que levantamos, com os conselheiros, por meio de questionários e depoimentos, foi sobre a opinião desses a respeito do que deve ser feito para melhorar e efetivar o controle social no SUS de Franca. Nesta os sujeitos apontaram para mais de uma sugestão assim o número de frequência para as mesmas é superior ao número de pesquisados.

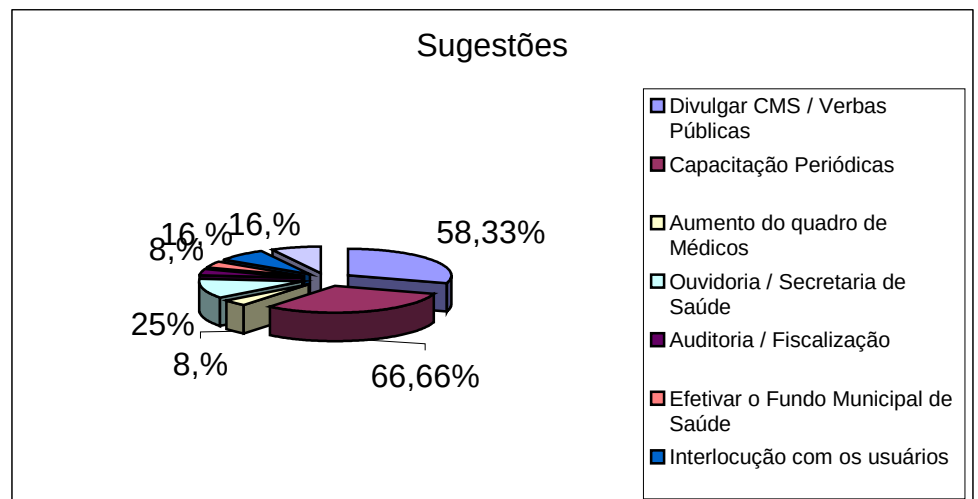


FIGURA 15 Principais Sugestões apontadas pelos conselheiros para efetivar o Controle Social

Os gestores ainda têm dificuldades para difundir saberes e trocar experiências com os conselheiros. Os conselheiros precisam aprimorar continuamente (fala de um conselheiro)

Como pode ser constatado no gráfico acima (figura 15), 8 dos nossos sujeitos, ou seja, 66,66%, sinalizaram para a questão da capacitação como primordial para a atuação e envolvimento dos usuários nesse processo. Um dos conselheiros representante do governo, nos diz que, “*Não somente capacitar conselheiros, mas levar a discussão para dentro das comunidades*”.

Notamos que o Conselho Nacional de Saúde aponta que a capacitação para o saber crítico não deve se restringir apenas ao conselheiro, como seja:

Desenvolver projetos de educação permanente, na perspectiva de uma capacitação vertical que qualifique o exercício do controle social por conselheiros e lideranças (sujeitos sociais populares) de setores populares e democráticos que vêm no SUS um projeto político de sociedade. Garantir a capacitação sobre a temática do controle social após profissionais que atuam na área da saúde e incorporar esse tema como conteúdo programático nas graduações, ensino médio e fundamental (BRASIL, 2003, p.41).

Assim, há uma simultaneidade entre os dados, confirmando a necessidade da informação para que possa ocorrer a participação cidadã, como já indicamos anteriormente. A

divulgação do papel do Conselho é a segunda sugestão mais apontada pelos sujeitos. Sete conselheiros representando 58,33% do universo pesquisado, identificaram a importância de ações educativas por meio de folhetos, cartazes e campanhas explicativas sobre o direito à saúde e à participação na sua gestão “*Deveria existir uma divulgação eficiente do Conselho e dos direitos a população*” (fala de um conselheiro representante da categoria “trabalhadores de saúde”).

Em face do exposto em parágrafos precedentes, a respeito da capacitação dos conselheiros e da divulgação do Conselho na sociedade, entendemos que estes favorecem não só aos conhecimentos e ao poder de argumentação mas também ao envolvimento do corpo social, no processo de acompanhamento da saúde pública.

Então, a informação, ela é o passo número um da educação. O curso de capacitação de conselheiro tem que ser levado para a pessoa que ainda não é conselheiro, lá no bairro ou lá na escola tem que ter espaço para poder falar sobre o Conselho Municipal de Saúde, para poder falar da participação na saúde. Então, esse é o grande desafio, em longo prazo, um dia isso tem que estar na grade curricular, da pré-escola à escola fundamental, a questão da cidadania e da participação popular é nos conselhos (Luis, conselheiro representante do segmento usuário).

Portanto, a legitimação desse espaço como esfera pública, de debate entre a população e o Estado, precisa, dentre outros fatores ter condição para que ocorra a discussão e não um monólogo. Pois o silêncio acaba sendo uma prática daqueles que desconhecem o assunto em pauta. Isso pode ser constatado durante as reuniões, nas quais muitos representantes, especialmente dos usuários, se colocam mais na condição de ouvintes, do que efetivadores da participação cidadã.

Num estudo em relação à participação e o diálogo no Conselho de Saúde, realizado em Santa Catarina, Wendhausen & Caponi (2002) explanam sobre o poder do discurso feito por quem “detém” o conhecimento, geralmente os técnicos, provocando “[...] *um silêncio em torno da participação, principalmente dos usuários, podemos pensa-lo como um silenciamento.*”

Ainda na questão da informação, foi sugerido pelos conselheiros, (nossos sujeitos) que a Secretaria de Saúde mantenha a população informada sobre os gastos públicos “*difundir mais as verbas e o atendimento do SUS*” (representante do governo no Conselho). “*Em relação a verba, deveria ser colocado na mídia aonde foi aplicada, para a população saber o que está sendo feito e com quanto*” (representante do usuário).

A contratação de uma auditoria fiscal expressada por 1 conselheiro, representando 8,33% dos pesquisados, sendo indicada no sentido de sanar a dificuldade em analisar as contas da secretaria de saúde. Talvez essa dificuldade (analisar as contas) pudesse ser resolvida com a capacitação aos conselheiros, uma vez que, esses são responsáveis diretos pelo controle social na saúde pública.

Exigir e avaliar as contas, ele consegue e tem feito isto rotineiramente, evidentemente, em cima de uma visão dos conselheiros que compõem a comissão de finanças, por que toda comissão é composta por um número de conselheiros e não pela totalidade do Conselho. Então, esses conselheiros que compõem a comissão, no caso de finanças, fazem uma análise prévia, todos os documentos são fornecidos a eles como a qualquer outra pessoa. Toda coisa pública tem a obrigação de colocar as informações à disposição de quem quiser. A comissão apresenta um parecer, se um conselheiro entende que é inadequada, então joga para a plenária e quase sempre em reunião sai aprovado ou não aprovado com as ressalvas, dificilmente essas contas voltam para análise para se tentar entender o porque deste parecer. Na visão do gestor ele é equivocado, então ocasionalmente nós temos problemas nesse sentido, o Conselho tem toda liberdade de analisar estas contas e as contas são apresentadas com toda transparência, sem a menor dificuldade, se é feita alguma coisa, pode ser por falta de entendimento do gestor e das pessoas que lhe dão suporte (Eduardo, conselheiro representante do poder público).

Outra sugestão apontada por 3 dos pesquisados, sendo 25% relaciona-se a necessidade de criar uma ouvidoria na Secretaria Municipal de Saúde, abrindo espaço para as pessoas exporem as suas dificuldades e reclamações inerentes à saúde pública.

A ênfase a interlocução do conselheiro com o segmento que representa, foi sugerida por 2 sujeitos, ou seja, 16,66% “*Eu percebo que a representatividade do segmento é muito limitada... eu confesso que a gente não tem essa troca. Assim, por exemplo, se a pessoa me procurar a gente conversa, a gente precisa melhorar esse ponto*” (fala de um conselheiro representante do usuário).

Os conselheiros reconhecem o “vácuo” que há entre o Conselho e o segmento representado, e sabem que enquanto não estabelecerem essa conexão, feita especialmente por meio do conselheiro (representante) e da participação dos usuários, a mediação dos interesses pode ser deturpada, manipulada e pode até mesmo não acontecer a participação cidadã. Dessa forma, repetimos a necessidade de informação. “*Falta uma maior informação dos trabalhos executados por este Conselho junto ao usuário, para que ele sinta estimulado a participar das reuniões*” (fala de um conselheiro, representante do segmento usuário).

Além da ausência de interlocução entre conselheiro e segmento favorecer a uma representação deficitária das reais necessidades, principalmente dos usuários esta contribui

ainda para o baixo (ou nenhum) envolvimento e integração da sociedade e Conselho desestimulando a participação cidadã.

É importante observar, nos dados colhidos, por meio dos questionários, que a capacitação apontada como principal sugestão, por 8 sujeitos, ou seja, 66,66%, também aparece nos depoimentos integrados com a questão da interlocução sinalizando que o conselheiro que fez o curso de capacitação, “[...] *ele deve ser um vetor, reproduzir o curso lá no seu bairro, lá onde ele foi eleito...*” (Luis, conselheiro representante do segmento usuário).

Há uma rotina do Conselho em discutir as denúncias relativas aos serviços de saúde, desse modo, foi sugerida a contratação de médicos, por um, representando 8,33% do universo pesquisado.

Outra sugestão apontada por 16,66% dos pesquisados diz a respeito a efetivação do Fundo Municipal de Saúde, uma vez que os recursos da saúde são geridos pela secretaria de finanças da Prefeitura Municipal de Franca “*Secretaria de Saúde cumprindo o seu papel gerenciando o Fundo Municipal de Saúde, gastando seus recursos de acordo com as Leis vigentes e não com o Secretário de Finanças neste papel*” (fala de um conselheiro representante dos trabalhadores da saúde).

O controle Social no SUS em Franca

O meu entendimento sobre o controle social é... a bem da verdade, a palavra controle não me agrada muito. No meu entender, a participação social seria mais adequada porque quando se fala controle isso parece que estabelece um limite de atuação; que não é o caso, mais mesmo assim entendo como uma atuação excepcional, na qual as pessoas que são usuárias de qualquer serviço passam a opinar, sugerir e acompanhar os programas que elas são sujeitos (gestor do SUS).

A identificação da participação na sociedade, especialmente a interferência na gestão das políticas públicas é denominada como controle social “Não devemos restringir o controle social ao usuário. Todo cidadão tem o direito de ser ou não usuário de Serviço de Saúde... Controle Social é do cidadão e não apenas das instâncias representativas da cidadania” (BRASIL, 2003, p.47).

Os Conselhos de Saúde não são novidades, nessa área Carvalho (1995) nos diz que em 1937 “[...] quando a Lei 378, de 13 de janeiro “dá nova organização ao Ministério de Educação e Saúde”, instituindo o Conselho Nacional de Saúde e dando-lhe a atribuição de junto com o Conselho Nacional de Educação. “assistir” o ministério” (p. 32).

Faz-se mister ressaltar que apesar da longa caminhada, o Conselho de Saúde tinha uma função normativa, mas não exercia o controle social, garantido pela Carta Constituinte de

1988, e pela “Lei 8142/90 que garante o controle social em duas instâncias formais, que são também espaços de luta: o conselho de saúde e a conferência de saúde” (BRAVO, 2002, p.47).

O Conselho é então concebido em 1988, como um órgão democratizador da gestão da saúde pública, com poderes de deliberação sobre as ações e seus recursos orçamentários. Dessa forma, os Conselhos de Saúde ressignificam a gestão da política de saúde pública brasileira.

Portanto, a partir da década de 1990, há uma modificação significativa na gestão da saúde pública, que, como vimos, passa pelo processo de municipalização. A Constituição que ao colocar a formação dos conselhos como uma exigência, dissemina por todo território nacional os Conselhos de Saúde, nos três níveis de governo como seja, municipal, estadual e federal.

Concomitantemente, há a redução do papel do Estado frente às políticas públicas, em especial a de saúde, mas mesmo diante das reformas de adequações dos investimentos públicos – seguindo as normas impostas por órgãos de regulação internacional e minimizando o Estado brasileiro para os direitos sociais – aconteceu a promulgação da Lei Orgânica da Saúde (LOS). Essa, a princípio, teve os artigos que dispunham sobre o financiamento e a transferência aos municípios, organização e funcionamento dos Conselhos e Conferências vetados.

A intensa reação da plenária de entidades e principalmente no Conasems, que interpretaram o veto como um golpe dos setores resistentes à descentralização e ao controle social, gerou a reabertura de negociações que terminaram revertendo o impasse através de um compromisso do ministro com o envio de novo projeto de lei incluindo os artigos vetados. É essa a origem da Lei 8142 que, no apagar das luzes do ano de 1990, finalmente institui os Conselhos de Saúde, como parte integrante do SUS e prevê as transferências financeiras diretas a estados e municípios (CARVALHO, 1995, p.71-72).

Neste contexto, formou-se o Conselho Municipal de Saúde de Franca que materializou uma nova concepção de gestão da saúde pública. Carvalho lembra que “[...] nada há na história do Estado brasileiro que se assemelhe aos Conselhos de Saúde da atualidade, seja pela representatividade social que expressam, seja pela gama de atribuições e poderes legais de que são investidos, seja pela extensão que estão implantados por todo o país...” 1995, p. 30-31.

Esses espaços, entendidos como esferas públicas, inauguram um novo tipo de participação que se travada pelo debate público e pelo interesse coletivo, contextua-se como cidadã.

Mas verificamos que a adoção desse espaço pela população ainda não ocorreu, pois do ponto de vista do usuário, sujeito de nossa pesquisa, há um desconhecimento do papel e da existência do Conselho, ou seja, não há visibilidade desse organismo perante a sociedade. Fica claro que a lei por si só, não garante a mudança cultural.

Identificamos o desafio para a mobilização da sociedade civil e organizada para participar, acompanhar, debater e fiscalizar a política de saúde pública, que como vimos, está dependente de informação.

Do mesmo modo, o Conselho também deve utilizar-se de campanhas, cartazes, e da mídia para sua divulgação, visando o envolvimento da sociedade na gestão da saúde pública.

Diante das dificuldades financeiras, de falta de oportunidades e de acesso às políticas públicas, a população pode de alguma forma limitar a sua participação cidadã na saúde. Pois, a pesquisa revelou que 25% dos pesquisados participam da saúde pública em Franca por meio da emissora de rádio. Observamos que esta participação, muitas vezes é acompanhada de alguma intervenção política, como já mencionamos.

Assim, a restrição do acesso devido à falta de investimentos adequados por parte do Estado, que pode passar uma conotação de privilégio para quem o alcança, retrocedendo a imagem secular das políticas públicas, como uma coisa dada por parte da benemerência de alguma pessoa “boazinha”, favorecendo a alienação dos direitos e conseqüentemente inibindo uma ação crítica no acompanhamento da política de saúde pública.

Talvez o meio de comunicação, especificamente emissoras de rádio, utilizado por 25% dos nossos entrevistados, devesse ser melhor utilizado, no sentido de promover debates, comentários, aulas, enfim o Conselho, os trabalhadores da saúde e os defensores do SUS poderiam valer-se desse meio para estreitar o vácuo entre a população e o Conselho e conseqüentemente o acesso e a qualidade dos serviços de saúde.

Os serviços de saúde foram apontados por 31,25% dos nossos sujeitos como uma forma de participação na saúde pública, exigindo desses uma nova prática, ou seja, a sua dinâmica precisa ser repensada para maior envolvimento e articulação com os usuários expandindo a saúde como cidadania, proposta na Lei 8080.

As pessoas têm acesso a esses serviços assim, as Unidades podem possibilitar o envolvimento e comprometimento com a saúde pública, incentivando o debate sobre os problemas desencadeadores de enfermidades, bem como a participação no Conselho. Longe de assumir que a bandeira da participação deva ser carregada com exclusividade por eles (trabalhadores da saúde), mas apontando a atuação desses como modo relevante de mudar a lógica da Atenção Básica, que esta possa ser destacada pela criatividade, pelo compromisso

com a vida e sua qualidade, na interação com o meio (UBS e bairro) e na diversidade de pensamento (trabalhadores da saúde e usuários) irradiando a saúde como cidadania.

As múltiplas expressões da questão social devem ser consideradas no processo de adoecer e ao mesmo tempo, por meio de uma visão interdisciplinar realizar projetos e programas que possam discutir além dos problemas de saúde já instalados (hipertensão, diabéticos, desnutridos etc), neste deve haver o envolvimento do usuário e o seu fortalecimento enquanto cidadão.

O fortalecimento ou empowerment do sujeito deve ser contextualizado a partir das relações sociais mais gerais e complexas e não separada a partir das fragmentações, das vitimizações, pois, desta forma, corre-se o risco de se vitimizar os dominados, reduzindo a sua cidadania [...] (FALEIROS, 1999, p.10).

Assim, podemos indagar sobre o papel das Unidades de Saúde, em questão, composta por vários profissionais, demonstrada no item “cenário” deste trabalho. Essas UBS têm favorecido a conexão entre condições de vida e saúde? Têm despertado a consciência dos usuários para a sua atuação cidadã no Conselho? As limitações, materiais e de recursos humanos, dessas Unidades, são objeto de reflexão com os usuários, visando busca de soluções?

Há também a questão da capacitação foi exposta por 66,66% dos conselheiros como um condicionante para a efetivação do controle social. Ghon (2003), ao apresentar as lacunas e necessidades dos conselhos explana que cursos, seminários, trocas de experiências, debates, fóruns etc são necessários para capacitar os conselheiros “[...] A participação, para ser efetiva, precisa ser qualificada, ou seja, não basta a presença numérica das pessoas porque o acesso está aberto. É preciso dotá-las de informações e de conhecimentos sobre o funcionamento das estruturas estatais” (2003, p.95).

A autora acrescenta que a resolatividade não está na incorporação dos conselheiros à teia burocrática da gestão das políticas públicas “[...] Eles têm o direito de conhecer essa teia para poder intervir de forma a exercitar uma cidadania ativa, não – regulada, outorgada, passiva” (2003, p.95).

Os conselheiros, longe das concepções voluntaristas ou messiânicas, conseguem visualizar os limites de atuação e as propostas para a sua superação. Assim, sugeriram a “capacitação” não apenas aos conselheiros, mas também aos trabalhadores e comunidades, numa perspectiva crítica e propositiva.

As suas respostas longe dos improvisos e expcionalidades apontam a incorporação dos usuários no acompanhamento da política de saúde, ou seja, da dinâmica do Conselho.

Esta é uma exigência exposta pelos conselheiros, especialmente, os representantes desse segmento para o fortalecimento e defesa dos interesses e necessidades coletivas.

A rigor, os usuários já estão representados no interior do Conselho, mas como os dados nos revelam, o vácuo proporcionado pela ausência da efetiva participação desse segmento, ora por falta de informação, ora por falta de tempo etc, acaba sendo preenchido por outras pessoas que eventualmente podem não defender as mesmas demandas, o que dentre outros tem favorecido a politicagem e manipulação.

Assim, a participação em defesa de uma causa mais geral, é processo de aprendizado em construção e que está em jogo o envolvimento de técnicos, trabalhadores e defensores do SUS para que ocorra não só a divulgação mas, sobretudo a efetivação do novo sistema de saúde (SUS) e dos seus mecanismos, Conselhos e Conferências de Saúde, resguardados legalmente.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Considerações Finais

O panorama da administração da “coisa pública” , em especial a de saúde, aqui tratado, nos mostra que esta esteve tradicionalmente centralizada no governo federal. A participação da sociedade na saúde pública brasileira é recente e tem como marco algumas experiências iniciadas a partir da década de 1970.

A Participação Comunitária na política de saúde, que como vimos, permeou os serviços de saúde nos anos de 1970, com bases na vida comunitária e como busca de integração da população excluída. Esse modelo não primava pela autonomia política e nem pela participação coletiva. Tratava-se de uma visão restrita de participação mas, mesmo assim, possibilitou a organização de alguns movimentos, como o da zona leste/SP, que levaram o governo para a ampliação dos serviços.

No encruzamento dessas idéias (ampliação dos serviços) emerge a Atenção Básica como forma de barateamento e maior controle dos gastos, havendo o favorecimento da participação da comunidade. Concomitantemente, ganha expressão o movimento sanitário, na busca do reordenamento da política de saúde pública, protagonizando importante papel na formulação da reforma dessa área. Assim, na década de 1980, expressões sociais se articulam e compõem um verdadeiro mosaico de luta pela democratização do país.

No seio das manifestações, nasce o campo democrático popular, no qual diversas entidades sociais e políticas se empenham pela aprovação da nova Carta Constituinte, em 1988, considerada como Constituição Cidadã, pela universalização dos brasileiros frente aos direitos e deveres civis e políticos, e também pela ampliação dos direitos sociais. Dentre os inúmeros avanços, destacamos a garantia de participação da população na gestão de políticas públicas, a partir dos Conselhos de direito e setoriais, especialmente o de saúde, objeto de nossa análise.

Todavia a implantação dos conselhos e o processo de democratização do país, incluindo a ampliação dos direitos sociais, civis e políticos inscritos no texto constitucional, acontecem num cenário político e econômico de redução do papel do Estado.

Consideramos ainda, que foram através de séculos que se construíram atitudes e comportamentos que levaram o Estado a se responsabilizar pelos problemas sociais, econômicos e de saúde da sua nação. Podemos dizer que a política de saúde pública é marcada, no final do século XX e neste início do século XXI, pela relação contraditória entre o discurso de universalidade, garantido legalmente, ao mesmo tempo em que ocorre a redução da intervenção do Estado, o qual vem repassando para a sociedade civil e empresarial, a sua

responsabilidade e que inclusive, conta com recursos arrecadados através dos impostos para o financiamento.

Constatamos no cotidiano da saúde pública que a falta de investimentos, dentre outros, dificulta o acesso aos serviços, possibilitando o crescimento de empresas médicas privadas, favorecendo nos anos de 1980 e 1990 o *boom* dos seguros de saúde, dando continuidade a uma política que praticamente teve o seu início em 1920, e que vem sendo reforçada ao longo dos tempos, em detrimento da real cobertura à saúde pelo Estado.

Diante de uma legislação avançada, mas de um Estado ausente, ou seja, que tem se colocado “*mínimo*”, para as políticas públicas, está a população. Além de estar fragilizada pelas precárias condições de vida, reforçadas e impostas pelas novas condições de trabalho, bem como, pela sociedade capitalista, se vê ainda desprovida do direito às parcas políticas públicas.

Paralelamente à questão da omissão do Estado, vêm acontecendo outras mudanças, que dentro da nova ótica da divisão social do trabalho, coloca grande contingente da população economicamente ativa na condição de subempregado ou desempregado.

As formas de trabalho se modificaram, aumentando o emprego temporário, subcontratado, terceirizado, sem vínculo com a empresa, etc. O desemprego passou a ser estrutural, assim as reivindicações perderam forças, enfraquecendo os sindicatos. Essas mudanças nas relações sociais e de produção trazem um rebatimento direto nas políticas sociais e de saúde. Se por um lado há aumento na demanda por serviços, por outro, não há aumento dos serviços na mesma proporção, dificultando ainda mais o atendimento nas diversas políticas sociais, elevando o distanciamento entre o que a legislação garante e o que os serviços de saúde oferecem.

Desse modo, a precarização das relações de trabalho e a redução do papel do Estado frente aos direitos sociais, acirram ainda mais as condições de vida. A população acaba tendo que percorrer um longo trajeto em busca de algum direito seja ele da área da educação, saúde ou assistência social, reduzindo as iniciativas de superação das dificuldades para o âmbito individual.

O SUS é uma grande conquista social e política, além de ser uma lei avançada, considerando sua construção histórica, bem como suas diretrizes, mas observamos que está havendo seu descumprimento. Diante da falta de investimentos públicos a população usuária se vê obrigada a enfrentar filas intermináveis para agendamento de consultas e para a obtenção de vagas em ambulatórios de especialidades e em hospitais. Portanto, é imputado ao

Conselho de Saúde o controle social, dessa área, que numa função de aprendizado vem tentando resguardar o SUS.

O que de novo colocamos é que essa prática é mediada pelo Conselho, mas deve contar com maior envolvimento da sociedade. Como bem nos lembra Carvalho (1997) a respeito da visão maniqueísta ou instrumental do Conselho como guardiões do SUS deve ser transferida para um contexto mais amplo de relação entre Estado e Sociedade “[...] desobrigando-os da hércula tarefa de guardiões heróicos da agenda da Reforma Sanitária, para redescobri-los como experiência social e inovação política relevante para a reforma democrática do Estado” (p. 98)

O SUS precisa ser divulgado e estar articulado com o meio social, para que possa favorecer a *accountability* e a transparência da gestão da saúde pública.

Acreditamos que a efetivação do novo paradigma de saúde só será possível através do controle social que além de ampliar o leque de possibilidades para o exercício da cidadania, favorece também o despertar e o fortalecimento de novos atores sociais, que num processo de *empowerment* garante e amplia as conquistas sociais pela via da participação institucionalizada e legalizada (Conselhos e Conferências).

Entendemos que houve muitos avanços, ampliação do acesso, participação da população no acompanhamento da política de saúde pública, mas não se efetivou completamente a previsão legal. As pessoas ainda estão diante de um sistema fragilizado, com dificuldades materiais e de recursos humanos para atender as demandas, ficando as ações sob o prisma emergencial. Na contra corrente, as diretrizes e a ampliação do conceito saúde como condicionante para a cidadania estão prejudicadas, inviabilizando o controle social.

Como vimos, a administração da coisa pública, em especial a de saúde, de forma centralizada no governo federal, tem origem secular, a cultura participativa e democrática é um processo em construção e dependente da ação de todos nós.

A posição e intervenção da sociedade, dos vários profissionais e defensores do SUS, na esfera pública, que num processo de aprendizado intensificam a apropriação de conquistas envolvendo os usuários nos embates pela manutenção e ampliação dos seus direitos. Essa visão crítica e de compromisso, tornam possível a democracia, fortalecendo os atores individuais e coletivos, o *empowerment*, em prol da efetivação dos direitos sociais.

A participação cidadã, no âmbito do SUS, não só na reivindicação mas também na elaboração e acompanhamento da saúde pública, traz em seu conteúdo a construção de uma nova esfera de homens que com autonomia acompanham mais de perto a política e a administração da “coisa pública”.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Referências Bibliográficas

- AQUINO, Rubim Santos Leão de, et al. **História das sociedades**: das sociedades modernas às sociedades atuais, 28 ed. Rio de Janeiro: Livro Técnico, 1993.
- ANTUNES, Ricardo. Dimensões da crise e as metamorfoses do mundo do trabalho. **Serviço Social e Sociedade**, São Paulo, n.50, p.76-78, 1996.
- _____. **Adeus ao trabalho?** ensaios sobre as metamorfoses e a centralidade do mundo do trabalho. 4.ed. São Paulo: Cortez, 1997.
- ARATO Andrew. Representação, soberania popular, e accountability. **Lua Nova**, São Paulo, n.55-56, 2002.
- ARENDT, Hanna. **A Condição humana**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2003.
- ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS – **ABNT** -. Rio de Janeiro: Copyright, 2001, p.5.
- BALSEMÃO, Adalgisa. Competências e rotinas de funcionamento dos conselhos de saúde no Sistema único no Brasil. In **SEMINÁRIO DE APRIMORAMENTO EM GESTÃO DOS RECURSOS DA RENAST NO ESTADO DE SÃO PAULO**, 2004. São Paulo: SES/CEREST, 2004. 1 CD-ROM.
- BAPTISTA, Dulce Maria Tourinho. O debate sobre o uso de técnicas qualitativas e quantitativas de pesquisa. In: Martinelli, Maria Lucia (org). **Pesquisa Qualitativa: um desafio instigante**. São Paulo: Vera, 1999, p.31–41.
- BARROS, Elizabeth. A Quem cabe garantir o direito à vida? **Tempo e Presença**, São Paulo, n.294, p.5-8, jul.-ago., 1997.
- BEHRING, Elaine Rossetti. Principais abordagens teóricas da política social e da cidadania. In: Capacitação em Serviço Social e Política Social; **Crise contemporânea e Serviço Social**. Universidade de Brasília, UNB, Centro de Educação Aberta Continuada a Distância de Brasília: CEAD, Brasília, DF: CFESS, 2000, v 3, p: 19-39.
- BIRMAN, Patrícia. Males sem remédio e esperanças de cura. **Tempo e Presença**, São Paulo, n.294, p.13-15, jul-ago, 1997.
- BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**: promulgada em 5 de outubro de 1988. Brasília, DF, 1988.
- _____. Lei n. 8080, 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Lesc**. – Legislação Federal e Marginalia. São Paulo, v. 54, p. 1060-1073, jul./set. 1990.
- _____. Lei n. 8142, 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 da outra providências. **Lesc** – Legislação Federal e Marginalia. São Paulo, v. 54, p. 1463-1465, out./dez., 1990.
- _____. **Portaria n. 2203**, 05 de novembro de 1996. Ministério da Saúde. Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde. NOB-SUS 01/96, 1996.
- _____. Ministério da Saúde. O SUS e o controle social. In **Guia de Referência para conselho**, 1998.

_____. Ministério da Saúde. **História das Conferências**. disponível em: <<www.br.fiocruz.com.br/historia/Conferencias.htm>> Acesso em: 22 mar. 2004,

_____. **Oficina de Trabalho**. Informações em Saúde para o Controle Social. Relatório Final, Ministério da Saúde, Brasília, 2003.

BRAVO, Maria Inês de Souza. **Serviço social e reforma sanitária**: lutas sociais e práticas profissionais. São Paulo: Cortez, 1996.

_____. **As políticas brasileiras de seguridade social**. Rio de Janeiro, 1998.

BRAVO, Maria Inês de Souza; SOUZA, Rodriane de Oliveira. Conselhos de saúde: luta política e trabalho profissional. **Ser Social**, Brasília, n.10, p.57- 92, jan.-jul., 1998.

_____. As políticas brasileiras de seguridade social. In Capacitação em Serviço Social e Política Social; **Crise contemporânea e Serviço Social**. Universidade de Brasília, UNB, Centro de Educação Aberta Continuada a Distância de Brasília: CEAD, Brasília, DF: CFESS, 2000, v3, p.105-115.

_____. Gestão Democrática na Saúde: o potencial dos conselhos. In BRAVO, Maria Inês Souza & PEREIRA., Potyara A. (org.) **Política Social e Democracia**. 2.ed. São Paulo, 2002, p. 43- 65.

BRAVO, Maria Inês de Souza; MATOS, Maurílio Castro de. A SAÚDE NO BRASIL: Reforma Sanitária e Ofensiva Neoliberal. In: BRAVO, Maria Inês de Souza (org.) **Política Social e Democracia**. 2.ed. São Paulo: Cortez, 2002, p.197-215.

_____.; PEREIRA., Potyara A. (Org.) **Política social e democracia**, 2.ed. São Paulo: Cortez, 2002, p.43-65.

CANÔAS, José Walter, LARA, Ricardo. **A Precarização do trabalho**: o caso dos desempregados e subempregados acima de 40 anos do setor calçadista de Franca-SP. In: FÓRUM JURÍDICO SOCIAL, 1, 2003 Passos, Anais do 1º Passos: UEMG/FASES-FADIPA, 2003, p.129-138.

CARVALHO, Antônio Ivo de. **Conselhos de saúde no Brasil** – participação cidadã e controle social, Rio de Janeiro, FASE/IBAM, 1995.

_____. Conselhos de saúde, responsabilidade pública e cidadania: a reforma sanitária como reforma do estado. In FLEURY, Sonia (org). **Saúde e Democracia: a luta do CEBES**. São Paulo: Lemos Editorial, 1997; p.93-111.

COHN, Amélia. **A saúde como direito e como serviço**. São Paulo: Cortez, 1998.

_____. **Saúde no Brasil**: política e organização de serviços, São Paulo: Cortez 1996.

_____. **Cidadania e forma de responsabilização pelo poder público e do setor privado pelo acesso, equidade, qualidade e humanização na atenção a saúde**. In: Caderno da 11ª Conferência/Ministério da Saúde, Distrito Federal, Brasil 2003 p.46-55. BRASIL. Ministério da Saúde.

CORTES, Soraya Maria Vargas. **Balanço de Experiências de controle social, para além dos conselhos e conferências no Sistema Único de Saúde brasileiro**: construindo a possibilidade da participação dos usuários. Brasília: Ministério da Saúde, 2003, p.23-42.

_____. **Perfil dos delegados da 10ª. Conferência Nacional de Saúde**. Conferência Nacional de Saúde, 10. Disponível em: << www.datasus.gov.br/CNS>>. Acesso em 22 mar. 2004.

DAGNINO, Evelina. Os movimentos sociais e a emergência de uma nova noção de cidadania. In:_____.(org). **Anos 90 política e sociedade no Brasil**. São Paulo: Brasiliense,1994, p.103-115.

DEMO, Pedro. **Participação é conquista**: noções de política social participativa. 3.ed. São Paulo: Cortez, 1996.

ESTEVÃO, Ana Maria. **Democracia e cultura de participação no Brasil** - pós constituinte - O processo de democratização na sociedade brasileira contemporânea: 20 anos de luta pela cidadania. São Paulo: SESC, 1999.

FADUL, W. Minha Política Nacional de Saúde. **Saúde em Debate**, São Paulo, n.7, p.67-68, 1978.

FALEIROS, Vicente de Paula. Desafios do Serviço Social na Era da Globalização. **Serviço Social e Sociedade**, São Paulo: Cortez, n.61, 1999, p.152-156.

FERREIRA, Ivete Salete Boschetti. As políticas brasileiras de política social. In Capacitação em Serviço Social e Política Social; **Crise contemporânea e Serviço Social: e Serviço Social**. Universidade de Brasília, UNB, Centro de Educação Aberta Continuada a Distância de Brasília: CEAD, Brasília, DF: CFESS, 2000, v3, p.139-152.

FLEURY, Sonia (org). A Questão Democrática na Saúde. In:_____. (org) **Saúde e Democracia: a luta do CEBES**. São Paulo: Lemos Editorial, 1997, p.25-44.

_____.9ª. Conferência Nacional de Saúde. uma análise de riscos. **Tempo e Presença**, v.13, n.260, p.12-13, nov/dez 1991.

FOUCAUT, Michel. **Vigiar e Punir**: nascimento da prisão. Petrópolis: Vozes, 1987.

GHON, Maria da Glória. **Conselhos Gestores e participação sociopolítica**. São Paulo, Cortez, 2001.

GOLDENBERG, M. **A arte de pesquisar**: como fazer pesquisa qualitativa em ciências sociais. Rio de Janeiro: Cortez, 2001.

IAMAMOTO, Marilda. V. **O serviço social na contemporaneidade**: trabalho e formação profissional. São Paulo: Cortez, 1998.

JUNIOR, Rodolpho Telarolli. **Poder e saúde**. as epidemias e a formação dos serviços de saúde em São Paulo. São Paulo, Editora da Unesp, 1996.

KRISCHKE, Paulo J. (Org.). **O contato social, ontem e hoje**, Cortez, 1993.

LOURENÇO, Edvânia Ângela de Souza; BERTANNI, Íris Fenner. **Saúde pública e educação popular**: uma necessidade, Unesp, Franca/SP, 2004, mimeografado.

_____. **A trajetória do Serviço Social na saúde pública de Franca**. ANAIS DO III SIMPÓSIO DE SERVIÇO SOCIAL EM SAÚDE, Unicamp, Campinas, 2000, p.120.

MACHADO, Roberto; et al. **DANAÇÃO DA NORMA**: medicina social e constituição da psiquiatria no Brasil. Rio de Janeiro: Graal, 1978.

MALTHUS, Thomas Robert. **Ensaio sobre a população**. São Paulo: Nova Cultural, 1996.

MASSAKO, Iyda. **Cem anos de saúde pública**: a cidadania negada. São Paulo: Ed. Unesp, 1994.

MARTINELLI, Maria Lucia (Org). **Pesquisa Qualitativa: um instigante desafio**. São Paulo: Veras, 1999.

- MEDEIROS, Humberto Jacques de. **Ministério Público**: reforço do poder da cidadania e do controle social. In: CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 11. Brasília: Ministério da Saúde, 2003, p.101- 115.
- MINAYO, Maria Cecília de Souza. Nas entranhas dos muitos Brasis. **Tempo e Presença**, n.294, jul/ago., 1997.
- MOREIRA, Danilo Campos Vaz. **Trabalhar em Equipe sem Estresse**. 2001, 57 f. Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) apresentado à Faculdade de Ciências Econômicas, Administrativas e Contábeis de Franca –FACEF, para o curso de Especialização em Administração, com área de concentração em Gestão de Negócios, Franca, SP, 2001.
- NASCIMENTO, Vânia Barbosa do. Interdependência e autonomia na gestão pública da saúde. **Lua Nova**, São Paulo, n.52, p.29- 69, 2001.
- NOVAES, Ricardo Lafetá. Do biológico e do social. um pequeno balanço. In: Fleury Sônia (org). **Saúde e Democracia: a luta do CEBES**. São Paulo: Lemos, 1997. p.205- 226.
- PAIM, Jairnilson Silva. Bases conceituais da reforma sanitária brasileira. In: Fleury Sônia (org). **Saúde e Democracia: a luta do CEBES**. São Paulo: Lemos, 1997, p.11-24.
- Pontes, Reinaldo Nobre. **Mediação e Serviço Social**: um estudo preliminar sobre a categoria teórica e sua aproximação pelo serviço social. 2.ed. Revisada. São Paulo: Cortez, 1997, p.153-189.
- QUEIRÓS, M. I. P. **O Pesquisador, o problema da pesquisa**. A escolha de técnicas: Algumas reflexões. Cadernos CERU, 1992.
- RAIS In **PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE DE FRANCA**. 2001. Disponível em <<www.prefeituramunicipaldefranca@gov.com.br>>. Acesso em: 18 out. 2004.
- REGIMENTO INTERNO DO CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DE FRANCA**, decreto no. 7 903/2001, Prefeitura Municipal de Franca/SP, 2001.
- ROSEN, George. **Uma história da saúde pública**. São Paulo: Ed. Unesp, 1994.
- SADER, Eder. **Quando novos personagens entram em cena**: experiências, fala e luta dos trabalhadores da grande São Paulo, 1970-80. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1998.
- SAÚDE e qualidade de vida: Franca no caminho do SUS. In CONFERÊNCIA MUNICIPAL DE SAÚDE, 1998. Franca. Relatório final, Franca, Secretaria Municipal de Saúde, 1998.
- SANTOS, Lenir. O poder regulamentador do estado sobre as ações e os serviços de saúde. In FLEURY, Sonia (org.). **Saúde e Democracia: a luta do CEBES**. São Paulo: Lemos, 1997 p.241-279.
- SANTOS, Wanderley Guilherme dos. **Cidadania e Justiça**: a política social na ordem brasileira. Rio de Janeiro: Campus, 1987.
- SEMINÁRIO DE APRIMORAMENTO EM GESTÃO DOS RECURSOS DA RENAST NO ESTADO DE SÃO PAULO, 2004. São Paulo: SES/ CEREST, 2004. 1 CD-ROM
- SCLIAR, Moacyr. **Do mágico ao social**: A trajetória da saúde pública. L&PM, 1987.
- STEIN, Rosa Helena. A descentralização como instrumento de ação política e suas controvérsias: revisão teórico-conceitual. **Serviço Social e Sociedade**, São Paulo, v.18, n.54, p.75-96, jul.1997.
- SERVIÇO SOCIAL. **Projeto Casa dos Conselhos**. Prefeitura Municipal de Franca, 2002, p1-15.

SEVCENKO, Nicolau. **A revolta da vacina:** mentes ensaiadas em corpos rebeldes. São Paulo: Brasiliense, 1984.

SEVERINO, Joaquim A. . **Metodologia do trabalho científico.** São Paulo: Cortez, 2001.

SOUZA, Andréa de Faria; LOURENÇO, Edvânia A. de Souza; ALONSO, Rosane A. G. Moscardini. **O papel do assistente social na saúde pública de Franca na equipe interdisciplinar.** 1998. 59 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Serviço Social) – Faculdade de História, Direito e Serviço Social, Universidade Estadual Paulista, 1998.

SOUZA, Rosimary Gonçalves; MONNERAT, Giselle Lavinias; SENA, Mônica de Castro Maia. Tendências atuais da Descentralização e o Desafio da Democratização na Gestão da Saúde. In: BRAVO, Maria Inês Souza & PEREIRA., Potyara A (org.). **Política Social e Democracia**, 2.ed. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro:UERJ, 2002, p.197-215.

TELLES, Vera da Silva. Sociedade civil e a construção de espaços públicos. In DAGNINO, Evelina (org). **Anos 90 política e sociedade no Brasil.** São Paulo: Brasiliense, 1994, p.91–102.

TEIXEIRA, Elenaldo. **O local e o global.** limites da participação cidadã. São Paulo: Cortez, 2002.

TEIXEIRA, Sônia Fleury; MENDONÇA, Maria Helena. Reformas sanitárias na Itália e no Brasil: comparações. In: TEIXEIRA, Sônia Fleury (org). **Reforma Sanitária:** em busca de uma teoria. São Paulo: Cortez, 1995.

TOBAR, Frederico. “O conceito de descentralização: usos e abusos” planejamento e políticas públicas, Brasília, IPEA, n.5, 1991. In: STEIN, Rosa Helena. A descentralização como instrumento de ação política e suas controvérsias (revisão teórico- conceitual), In **Serviço Social e Sociedade**, São Paulo, v.18, n.54, 10 jul. 1997, p.75-96.

TORRES, Julio César. Sociedade civil como recurso gerencial? indagações acerca da política de assistência social no Brasil. **Serviço Social e Sociedade.** São Paulo, Cortez, n.73, p.142-156, mar de 2003.

VASCONCELOS, Eymardm. **Educação popular nos serviços de saúde.** 3.ed. ampliada. São Paulo: HUCITEC, 1997.

VASCONCELOS, Ana Maria de. **A prática do serviço social:** cotidiano, formação e alternativas na área da saúde. São Paulo: Cortez, 2003.

WENDHAUSEN. Agueda; CAPONI, Sandra. O diálogo e a participação em um conselho em Santa Catarina. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.18, n.6, nov./ dez. 2002.

Anexos

Descrição do Estudo e Objetivos: O senhor (a) está sendo convidado a participar da pesquisa sobre participação cidadã na saúde pública de Franca. O presente estudo tem por objetivo conhecer como se dá a participação no Conselho Municipal de Saúde ou se a população utiliza outras formas para participar do Sistema Único de Saúde (SUS) em Franca. Queremos saber como a população de nossa cidade participa da política de saúde, o que pensa sobre a participação na saúde, controle social, como reconhecem o Conselho Municipal de Saúde. Para obter essas informações sobre o nível de participação na saúde pública, precisamos conhecer o que cada um pensa, sobre o Conselho Municipal de Saúde, participação cidadã. Por vamos lhe fazer algumas perguntas, com a finalidade de conhecer seu ponto de vista sobre esses aspectos relatados.

Sua participação neste estudo é voluntária. Se você não quiser participar, você pode recusar e nada mudará com relação a seu atendimento aqui nesta unidade. Se você aceitar o convite, poderá mudar de idéia a qualquer momento e interromper sua participação no estudo, sem qualquer problema. Da mesma forma, se continuar colaborando, não contará com qualquer vantagem adicional em seu tratamento.

Se você aceitar participar deste estudo, poderá ser beneficiado ao sentir que terá em mim uma profissional realmente interessada em ouvi-lo(a) e ao falar poderá refletir sobre a participação na saúde, que é um exercício de cidadania. É possível que o resultado de nossas entrevistas sirvam apenas para o benefício de outras pessoas que procurem os serviços de saúde no futuro, que algumas coisas que você relate sejam melhoradas apenas para outras pessoas.

Sua identidade não será divulgada. Será mantido sigilo absoluto.

Declaro que ouvi (ou li) e entendi as informações que me foram transmitidas acima e concordo em participar deste estudo.

Local e data_____

Nome do entrevistado _____ Nome do pesquisador_____

Nome da testemunha_____ Nome da testemunha_____

Questionário: Pesquisa Realizada com Usuários nas UBS's

I-Identificação:

Sexo: Masculino () Feminino ()

Profissão:

Número de Filhos

Idade:

Renda Familiar:

Bairro:

II- Questões

1ª) Você sabe o que é o Conselho Municipal de Saúde?

2ª) Você já participou de alguma reunião do Conselho Municipal de Saúde?

3ª) O que você achou da reunião?

4ª) Se nunca participou porque ainda não o fez?

5ª) De que forma tem participado ou acompanhado os serviços de saúde do seu município?

Tabela I- Distribuição dos Sujeitos Quanto a Faixa Etária

Idade	Mulheres	%	Homens	%	Total Sujeitos	% Total
De 20 a 30 anos	9	22,5	9	22,5	18	22,5
De 31 a 40 anos	20	50	18	45	38	47,5
De 41 a 55 anos	9	22,5	13	32,5	22	27,5
Não declarado	2	5	0	0	2	2,5
Total 40	40	100	40	100	80	100

Fonte: Dados obtidos por meio de questionários aplicados aos usuários das Unidades Básicas de Saúde (UBS's) dos bairros: Aeroporto III, Leporace, Paulista e São Sebastião.

Tabela II- Distribuição dos Sujeitos Quanto a Profissão

Profissão- Fem.	Mulheres	% Fem.	Profissão- Mas.	Homens	% Masc.
Do Lar	14	35	Borracheiro	4	10
Cost. Manual (Sapato)	6	15	Sapateiro	6	15
Sapateira	5	12,5	Pedreiro	5	12,5
Outras	9	22,5	Outros	14	35
Desempregada	6	15	Desempregado	5	12,5
	0	100	Não Declarado	6	15
Total	40			40	100

Fonte: Dados obtidos por meio de questionários aplicados aos usuários das Unidades Básicas de Saúde (UBS's) dos bairros: Aeroporto III, Leporace, Paulista e São Sebastião.

Tabela III- Distribuição dos Sujeitos Quanto a Renda

Renda	Mulheres	Homens	Total	% Fem.	% Masc.	Total Entrevistado %
De 1 a 2 S. M.	18	17	35	45	42,5	43,75
De 3 a 4 S. M.	12	10	22	30	25	27,5
Acima de 4 S. M.	1	2	3	2,5	5	3,75
Sem Renda	9	6	15	22,5	15	18,75
Não Declarada	0	5	5	0	12,5	6,25
Total	40	40	80	100	100	100

Fonte: Dados obtidos por meio de questionários aplicados aos usuários das Unidades Básicas de Saúde (UBS's) dos bairros: Aeroporto III, Leporace, Paulista e São Sebastião

Tabela IV- Distribuição dos Sujeitos Quanto Ao Número de Filhos

Sujeitos	Filhos	Mulher	Homem	% Feminino	% Masculino	Total %
13	1	9	4	22,5	10	16,25
28	2	14	14	35	35	35
18	3	12	6	30	15	22,5
7	4	2	5	5	12,5	8,75
3	5	2	1	5	2,5	3,75
1	6	1	0	2,5	0	1,25
1	7	0	1	0	2,5	1,25
9	Não declarado	0	9	0	22,5	11,25
80	28	40	40	100	100	100

Fonte: Dados obtidos por meio de questionários aplicados aos usuários das Unidades Básicas de Saúde (UBS's) dos bairros: Aeroporto III, Leporace, Paulista e São Sebastião

Tabela V- Conhecimento a respeito do CMS

Categorias	Sujeitos	Total %
Nunca ouvi falar	59	73,75
Grupo de pessoas que discutem a saúde	15	18,75
Em branco	6	7,5
Total	80	100

Fonte: Dados obtidos por meio de questionários aplicados aos usuários das Unidades Básicas de Saúde (UBS's) dos bairros: Aeroporto III, Leporace, Paulista e São Sebastião

Tabela VI- Participação nas reuniões do CMS

Categorias	Sujeitos	Total %
Não sabia da existência	62	77,5
Falta de oportunidade	18	22,5
Em branco	0	0
Total	80	100

Fonte: Dados obtidos por meio de questionários aplicados aos usuários das Unidades Básicas de Saúde (UBS's) dos bairros: Aeroporto III, Leporace, Paulista e São Sebastião

Tabela VII- Formas de Participação no SUS de Franca/SP

Categorias	Sujeitos	%
Nenhuma	31	38,75
Indo aos Serviços de Saúde	25	31,25
Pelo Rádio	20	25
Em Branco	4	5
	80	100

Fonte: Dados obtidos por meio de questionários aplicados aos usuários das Unidades Básicas de Saúde (UBS's) dos bairros: Aeroporto III, Leporace, Paulista e São Sebastião

Tabela VIII- Conselheiros CNS/ Franca/SP

Conhecendo o Conselheiro Municipal de Saúde de Franca/SP				
Segmento	Tempo / Atuação	Idade	Sexo	Profissão
Usuário	3 anos	39 anos	Masc.	Pintor de Parede
Usuário	10 meses	31 anos	Masc.	Arquiteto
Prestadora de Serviços	4 anos	-	Fem.	Assistente Social
Serviço de Saúde	8 anos	52 anos	Masc.	Dentista
Deficientes Físicos e Mentais/ Usuários	3 anos	30 anos	Fem.	Assistente Social
Trabalhadores da Saúde	2 anos	32 anos	Masc.	Serv. Público
Centro Comunitário/ Usuários	8 meses	-	Fem.	Dona de Casa
Usuário	3 anos	44 anos	Fem.	Dona de Casa
Governo	6 meses	46 anos	Masc.	Dentista
Movimento Sindical/ Usuários	6 meses	51 anos	Masc.	Sapateiro
Usuários	1 ano	40 anos	Masc.	Fiscal Sanitário
Governo	9 meses	55 anos	Masc.	Sapateiro

Fonte: Dados colhidos a partir dos questionários aplicados aos conselheiros do Conselho Municipal de Saúde de Franca/SP

Tabela IX- Principais Avanços Apontados pelos Conselheiros

Avanços	Frequência de Resposta	%
Não souberam responder	3	25
Deliberações/ Discussão	4	33,33
Desconhece	1	8,33
Aumento de Unidades de Saúde	1	8,33
Participação do Usuário	2	16,67
Chegada de Outros profissionais	1	8,33
	12	100

Fonte: Dados colhidos a partir dos questionários aplicados aos conselheiros do Conselho Municipal de Saúde de Franca/SP

Tabela X- Principais Limites Levantados pelos Conselheiros

Limites	Frequência de Resposta	%
Manipulação/ Politicagem/ Partidarismo	5	41,67
Questionamento/ Comprometimento	4	33,33
Em branco	5	41,67
Participação dos usuários	3	25
Comunicação	1	8,33
Tempo/ envolvimento	1	8,33
Questões Emergente/Longo Prazo	2	16,67
Verba/ atendimento	3	25
	20	200

Fonte: Dados colhidos a partir dos questionários aplicados aos conselheiros do Conselho Municipal de Saúde de Franca/S

Tabela XI- Principais Sugestões Levantados pelos Conselheiros para efetivar controle social

Sugestões	Frequência de Resposta	%
Divulgar CMS / Verbas Públicas	7	58,33
Capacitação Periódica	8	66,67
Aumento do quadro de Médicos	1	8,33
Ouvidoria / Secretaria de Saúde	3	25
Auditoria / Fiscalização	1	8,33
Efetivar o Fundo Municipal de Saúde	1	8,33
Interlocução com os usuários	2	16,67
Discussão / Foco Interesse Coletivo	1	8,33
	25	200

Fonte: Dados colhidos a partir dos questionários aplicados aos conselheiros do Conselho Municipal de Saúde de Franca/SP

Conhecendo o Conselheiro de Saúde do Conselho Municipal de Franca/SP

Nome: _____ Idade: _____

Profissão: _____ Local de trabalho: _____

Endereço: _____

Telefone: _____

E-mail: _____

Há quanto tempo é conselheiro: _____

Representação: _____

O que te levou a ser conselheiro de Saúde: _____

Objetivos: _____

Como você avalia o controle social no SUS em Franca/SP: _____

Principais Limites: _____

Principais Conquistas: _____

O que pode ser feito para melhorar: _____

Como é a sua interlocução, enquanto conselheiro, com o segmento que você representa;

A respeito da participação dos usuários no Conselho como você analisa.

Roteiro Para Pesquisa Qualitativa

- Seu entendimento sobre participação;
- Em sua opinião a participação da sociedade nas políticas públicas pode contribuir, em quê;
- Porque escolheu ser conselheiro (a) do Conselho Municipal de Saúde;
- Como você analisa a participação do Conselho Municipal de Saúde na política de saúde pública em Franca;
- No seu entendimento há uma boa participação dos usuários no Conselho Municipal de Saúde;
- As reuniões são produtivas;
- O Conselho Municipal de Saúde tem uma forte representação;
- O que poderia ser melhorado;
- Há algum avanço visível no SUS em Franca a partir da atuação do Conselho, comente;

Membros do Conselho Municipal de Saúde de Franca/SP . 09/2004**Associações de Usuários e Entidades Parceiras**

Viviane Cristina da Silva Vaz	Av. Dom Pedro I, 1871 - Petrágia	37272188
Eurípedes Palhares	Tarcísio Antônio Oliveira, 280 - Leporace	37046058
Ronildo Donizete de Paula	dos Pracinhas, 820 – Resid. Paraíso	37273777 - 99996004

Centros Comunitários e Associações de Moradores

Nelson da Rocha Neves	Amadeu Amaral Brigagão, 1240 - Leporace	37040907
Otamiir Aparecido da Silva	Joaquim José Sampaio, 3359 - Guanabara	37216517 – 99663054
Airta Iva Silveira	Augusto Victor Engholm, 2991 – Ângela Rosa	37216210
Alécio Machado Júnior	Pedro Lopes Silva, 4400 - Paineiras	37035297

Sindicatos de Trabalhadores

Douglas Camilo Corrêa	Durvalino Rezende, 1841 - Alvorada	37026818
José Leonel de Souza	Delmira Maria Silveira, 221 – Leporace II	37046746
Deusmar Rezende de Oliveira	Antônio Constantino, 683 – Maria Rosa	37243516
Diocésio Dias Souza Filho	Florianio Machado, 3721 – São Jorge	

Prestadores de Serviços de Saúde

Lázara Maria Bernardes Batista	Antônio Bernardes Pinto, 5000 – ap. 41 - Imperador	37031881 – 37232000
Rubens Pereira dos Santos	Comendador Nassin Mellen, 2087 – São José	37239129
Carmem Lúcia Ribeiro	Do Comércio, 1739 - Centro	37233918
Edna Aparecida Ribeiro	Florianio Peixoto, 1753 - Centro	37243444
Vilmar Martins Medeiros	Liberdade, 1299 – Santos Dumont	37204568

Profissionais da Saúde

Ricardo Veríssimo Júnior	Terezinha Mello Oliveira, 321 – Ouro Verde	
Marco Aurélio Píacezzi	Dr. Alcindo Ribeiro Conrado, 1419 - Centro	37243486
Adevenir Caetano Cintra	Av. Abraão Brickman, 1030 – ap. 21 – Leporace II	37119445 - 91222320

Usuários Região Norte

Luiz Afonso Pinto	Av. Dr. Abraão Brickman, ap 06 – Leporace II	37046701	
Maria Regina Di Maio	Ilton Barbosa Silva, 511 – ap. 17 - Leporace	37045299	
Nilce Maria Santos Freitas	João Lopes da Silva, 951 – City Petrópolis	37037493	
Luiz Carlos Faria	Eric Pereira Carboni, 742 - Tropical	37043208	
Usuários Região Sul			
Roberto Carolino Freitas	Madre Maria Vilac, 2070 – Santa Bárbara	37020440 – 37018947	
Reginaldo Ferreira M. Borges	José Bernardes Sobrinho, 2091 – Santa Bárbara	37020182 – 37012830	
Inês Ap. Silva Corrêa	Durvalino Rezende, 1841 - Alvorada	37026818	
Usuários Região Leste			
André Szabo	Antônio Pedigoni, 1470 - Panorama	37254281	
Célio Carlos de Lima	José Peres Cruz, 1150 - Panorama	37257809	
Marcos Aurélio Bernardes	Francisco Miglioranza, 2297 - Palestina	37052416	
Moacir Pereira Machado	Pará, 420 – Rivieira	37271067 - 99652069	
Usuários Região Oeste			
Evaildo Gomes da Rocha	Terezinha Melo Jerônimo, 321 - Zelinda	37016419	
Cláudio de Souza	Alfredo Olivieri, 764 – São Sebastião	37207607	
Usuários Região Centro			
Jean Carlo V. Bergamini	Couto Magalhães, 1553 - Centro	37231234	
Robson Daniel Moreira	Benedito Oliveira Borges, 3606 – São Jorge	37211350	
Representantes Governo Municipal			
Marco Aurélio Piacesi	Dr. Alcindo Ribeiro Conrado, 1419 - Centro	37243486	
Rosemary Vilela de Paula	Av. Dr. Flávio Rocha, 4780 - Imperador	37119451	
Ademir da Rosa	Hygino Lucas Silva, 4641 - Paineiras	37119144 – 37035212	
Dinaze Garcia Américo	Av. Dr. Flávio Rocha, 4780 - Imperador	37119451	
Rosane Ap. Moscardini Alonso	Francisco Társia, 743 – Vila Nova	37237096	
Valdilene Aparecida Pagnan	Av. Dr. Flávio Rocha, 4780 - Imperador	37119451	

Aníbal Moyses Simão Júnior	Av. Dr. Flávio Rocha, 4780 - Redentor	37119400	
Orivaldo Antônio Silveira	Joaquim José Sampaio, 3721 - Maria Rosa	37246082 - 37227035	
Antônio José Martins	João Moscardini, 881 - Leporace	37046312	
Vera Lúcia Freitas	Tiradentes, 1817 - Centro	91252045	
Roberto Terumi Takaoka	Profa. Iolanda Ribeiro Novais, 1911 - Éden	37112000 - 37279001	
Nelson Elias Salomão	Av. Dr. Flávio Rocha, 4780 - Imperador	37134399	