

PAULO DE OLIVEIRA PERNA

**O CONTROLE SOCIAL NA "PONTA" DO SUS:  
O CASO DE PONTAL DO SUL-MUNICÍPIO DE PONTAL DO  
PARANÁ - PR**

CURITIBA  
setembro/2000

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM  
CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM  
MODALIDADE INTERINSTITUCIONAL - UFSC/UFPR

**O CONTROLE SOCIAL NA "PONTA" DO SUS:  
O CASO DE PONTAL DO SUL, MUNICÍPIO DE PONTAL DO  
PARANÁ - PR**

PAULO DE OLIVEIRA PERNA

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, como requisito para obtenção do título de Mestre em Enfermagem, Área de Concentração: Assistência de Enfermagem.

Orientadora: PROF<sup>a</sup>. DR<sup>a</sup>. MARIA DE LOURDES GISI

CURITIBA  
setembro/2000

27/09/2000

O CONTROLE SOCIAL NA "PONTA" DO SUS: O CASO DE PONTAL DO SUL  
MUNICÍPIO DE PONTAL DO PARANÁ - PR

PAULO DE OLIVEIRA PERNA

Esta dissertação foi submetida ao processo de avaliação pela banca examinadora para a obtenção do título de:

**Mestre em Enfermagem**

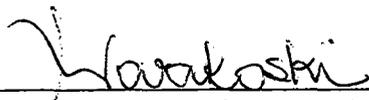
E aprovada em sua versão final 27/09/2000, atendendo às normas da legislação vigente da Universidade Federal de Santa Catarina. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Curso de Mestrado. Área de Concentração: Assistência de Enfermagem

  
\_\_\_\_\_  
Dra. Denise Pires de Pires  
Coordenadora do Programa

BANCA EXAMINADORA:

  
\_\_\_\_\_  
Dra. Maria Lourdes Gisi – Presidente

  
\_\_\_\_\_  
Dra. Denise Pires de Pires – Membro

  
\_\_\_\_\_  
Dra. Lourdes Emilia Ruviaro Novakoski – Membro

\_\_\_\_\_  
Dra. Eliana Marília Faria – Suplente

*Dedico, sim, este trabalho, a todas as pessoas que acreditam na construção coletiva da vida e, por isso, são compromissadas, são criativas, são esperançosas. Elas têm alegria!*

## **AGRADECIMENTOS**

À orientadora deste trabalho, Prof<sup>a</sup>. Maria de Lourdes Gisi

À minha turma de Mestrado

Aos meus colegas do Departamento de Enfermagem da UFPR

A todos que colaboraram e colaboram comigo

As guerras, as fomes, as discussões  
dentro dos edifícios provam apenas  
que a vida prossegue  
e nem todos se libertaram ainda.  
Alguns, achando bárbaro o espetáculo,  
prefeririam (os delicados) morrer.  
Chegou um tempo em que não adianta  
morrer.  
Chegou um tempo em que a vida é uma  
ordem.  
A vida apenas, sem mistificação.

(Carlos Drummond de Andrade)

## RESUMO

A participação da sociedade na formulação e acompanhamento na implementação de políticas públicas em saúde é um dos princípios nucleares na estruturação do Sistema Único de Saúde brasileiro, conforme a Carta Constitucional de 1988. Trata-se do *controle social* exercido no campo da saúde. Esta participação, no entanto, não se dá por decretos legislativos. É preciso que certas condições sejam viabilizadas para que ela efetivamente possa acontecer. O presente trabalho teve como objetivo conhecer algumas dessas condições entre a população de *usuários* da localidade de Pontal do Sul, no Município de Pontal do Paraná, Estado do Paraná. Neste sentido, a investigação priorizou conhecer as representações da população local sobre o fenômeno da *saúde* - pois este é, em última análise, o objeto do controle social - bem como identificar qual é o conhecimento que a população tem sobre a existência do Conselho Municipal de Saúde e das Conferências Municipais de Saúde, que são as duas formas principais previstas em lei para o exercício do controle social. Para isso, primeiramente procedeu-se a uma identificação de todos os grupos organizados existentes na referida localidade e, em seguida, foram realizadas entrevistas com pessoas de atuação central naqueles mesmos grupos. A perspectiva teórica que orientou o trabalho foi a do materialismo histórico e dialético e a pesquisa de abordagem qualitativa foi a metodologia adotada. Ao final o estudo revela como a população local manifestou certo grau de consciência sobre a determinação de seus problemas de saúde, o que sugere que sua atuação no controle social pode contribuir na formulação de políticas públicas que melhor atendam às suas necessidades locais. Apontou, ainda, para lacunas importantes na relação entre população e poder público municipal, no sentido da falta de informações consistentes sobre o a existência e finalidade do Conselho e Conferências Municipais de Saúde, além da falta de outras práticas educativas relacionadas à participação cidadã em saúde.

## ABSTRACT

Community participation in the elaboration of public health policies and in the follow-up that accompanies their implementation is one of the organizing principles of the "Sistema Único de Saúde", or Public Health System, as established by the Constitutional Bill of 1988. This is meant to constitute a form of *social control* (community participation) in the area of health. However such participation is not guaranteed by legislative decree. Rather, certain conditions must be created in order for it to take place. The present study aims to look at some of these conditions as they occur among public health system *users* in Pontal do Sul, Municipality of Pontal do Paraná, State of Paraná (southern Brazil). The research prioritizes investigation of the local population's representations of *health* - such in the last analysis is the object of the social participation (control) that is being sought here - as well as the identification of the local population's knowledge regarding the existence of the Municipal Health Council and the Municipal Health Conferences, which are the two forms of social intervention provided for by legislation. With these tasks in mind, the organized groups existing in the locale under study were identified, and interviews with their most active members were then carried out. The theoretical perspective informing this work is that of the historical materialism and the research methodology applied is qualitative. The study shows that the local population has some level of consciousness regarding the determinants of its health problems which suggests that its activities of social participation can contribute to the formulation of public policies that serve local needs more adequately. There is also evidence of important lacunae in the relationship between the local population and government power, particularly with regard to the lack of consistent information concerning the existence and objectives of the Municipal Health Council and the Municipal Health Conferences. A lack of educational practices which would foment citizens' effective participation around health issues and measures is also evident.

## SUMÁRIO

<b>RESUMO</b> .....	vi
<b>ABSTRACT</b> .....	vii
<b>LISTA DE FIGURAS</b> .....	x
<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	01
1.1 JUSTIFICATIVA.....	03
1.2 QUESTÃO NORTEADORA DO TRABALHO.....	08
1.3 OBJETIVOS.....	09
1.3.1 OBJETIVO GERAL.....	09
1.3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	09
<b>2 QUADRO TEÓRICO</b> .....	10
2.1 ESFERA PÚBLICA E ESTADO.....	10
2.2 CONFORMAÇÃO DO CONTROLE SOCIAL NAS ESFERAS DO SUS.....	21
<b>3 CAMINHO TEÓRICO-METODOLÓGICO</b> .....	28
3.1 CONCEPÇÃO DA PESQUISA.....	31
3.2 CATEGORIAS METODOLÓGICAS.....	33
3.2.1 Contradição.....	33
3.2.2 Totalidade.....	35
3.3 CATEGORIAS ANALÍTICAS.....	35
3.3.1 Controle Social.....	36
3.3.2 Processo Saúde-Doença.....	42
<b>4 ETAPAS DO TRABALHO DE CAMPO</b> .....	60
4.1 O CENÁRIO DA PESQUISA.....	60
4.2 SUJEITOS DA PESQUISA E INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS.....	63
4.3 OS PRIMEIROS CONTATOS.....	65
4.4 AS ENTREVISTAS.....	67

<b>5 APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS</b> .....	69
5.1 AS FALAS DOS MORADORES.....	69
5.2 ANÁLISE DOS RESULTADOS.....	97
<b>6 AS POSSIBILIDADES DE TRANSFORMAÇÃO</b> .....	101
<b>7 CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	110
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b> .....	114
<b>ANEXO I</b> .....	122
<b>ANEXO II</b> .....	123
<b>ANEXO III</b> .....	127
<b>ANEXO IV</b> .....	129

## LISTA DE QUADROS E FIGURAS

Quadro 1: Elementos para caracterização de diferentes tipos de PARTICIPAÇÃO.....	39
Quadro 2: Características centrais do capitalismo hegemônico e tendências da prática médica oficial correspondente.....	53
Figura 1: Estado do Paraná e 1ª Regional de Saúde.....	60
Figura 2: Municípios integrantes da 1ª Regional de Saúde.....	61
Figura 3: Mapa de Pontal do Paraná e arredores.....	62

## 1 INTRODUÇÃO

A expressão “*controle social*”, tal como vem sendo compreendida no campo das políticas de saúde, é bastante recente em nosso país. Ela é adotada nos anos 80, no amplo cenário de idéias e doutrinas que marcaram o processo conhecido como da Reforma Sanitária<sup>1</sup>. Congregando os mais variados segmentos de atores sociais (sindicatos, associações profissionais, partidos políticos, igrejas, grupos de moradores, órgãos governamentais, portadores de patologias, organizações não governamentais de todo tipo etc.) o movimento pela Reforma Sanitária reivindicava a universalização dos direitos sociais em saúde, construindo e ampliando concretamente o conceito de cidadania. Esta meta foi finalmente alcançada e registrada na carta constitucional de 1988 - a Constituição “Cidadã” como ficou conhecida - visto ter avançado como nenhuma outra, até então, no plano de direitos assegurados aos brasileiros.

Nos movimentos de saúde de caráter mais popular em que tenho participado, com frequência se registra nos grupos uma afirmação que, em tom jocoso, quer distinguir duas afirmações de natureza bastante diversas, isto é, que não se confunda o “*controle social*” com o “*controle do social*”. É, sem dúvida, um cuidado didático menor, mas que pretende estabelecer e esclarecer a natureza exata destas duas idéias. Naqueles termos, o *controle social* seria a atuação da sociedade – através da presença e da ação organizada de seus diversos segmentos - sobre o Estado; já o *controle do social* seria exatamente o oposto, isto é, a ação repressiva do aparelho estatal sobre os movimentos sociais, tal como ocorreu nos períodos

---

<sup>1</sup> *Reforma Sanitária*: denominação que indica uma pauta de reformas propostas para o setor saúde pelo **Movimento Sanitário**, movimento plural que plantou suas raízes, paradoxalmente, num período duro do regime militar, a 2ª metade de década de 70 (chamados “anos Geisel”) e que atuou técnica e politicamente pela aprovação do SUS na Carta Constitucional, em 1988, e da Lei Orgânica da Saúde, em 1990 (Escorel, 1998).

ditatoriais, ou até mesmo a repressão estrutural ainda vigente, nos casos em que determinados estratos sociais são controlados e vigiados por outros. Este segundo caso é o que tem historicamente caracterizado, no Brasil, as relações entre Estado e sociedade, relações que são norteadas “*por um marco político e técnico onde não há sujeitos senão os executores da ação sanitária, ou seja, onde ao Estado cabe o papel, por suposta delegação da sociedade, de intervir em pessoas e grupos em nome da saúde de todos.*” (Carvalho, 1995, p. 12).

O *controle social* em saúde como exercício da participação da população passa a se constituir em estatuto legal regulamentado somente em 1990, através da Lei nº 8142 (CONASEMS, 1992). De lá para cá, inúmeras portarias, decretos e resoluções, formuladas pelos Conselhos de Saúde e Conferências de Saúde em seus níveis nacional, estaduais e municipais, têm aperfeiçoado a idéia da participação social, estabelecendo direcionalidade para suas ações e definindo melhor o plano jurídico-institucional em que ela se dará.

No campo da saúde o *controle social* tem sido exercido de duas formas legais: nos *Conselhos* (de Saúde) e nas *Conferências* (de Saúde), sendo que em ambos os casos as ações se verificam tanto no plano federal como nos planos estadual e municipal. Nos dois primeiros casos a participação tem se orientado mais explicitamente por embates de natureza política (como, por exemplo, no estabelecimento de relações entre instâncias governamentais) e econômica (destinação de verbas). É ao nível municipal, no entanto, que os Conselhos têm mostrado suas possibilidades de controle social de modo mais concreto, permitindo que demandas de setores até então não contemplados comecem a ser consideradas, favorecendo especialmente aos segmentos desprovidos de outros canais de acesso ao espaço público. Nos municípios mais desenvolvidos, onde o grau de organização da sociedade é maior, o trabalho dos Conselhos passou a ter peso significativo na definição da agenda do setor público de saúde, ao menos tornando questões e demandas passíveis de articulação política, o que antes não ocorria. Dada, porém, uma correlação muito desigual de forças entre os grupos comunitários e os poderes político e econômico locais, especialmente nos pequenos municípios, a constituição concreta dos conselhos tem sido motivada mais por exigências de lei, uma vez que a existência formal do Conselho Municipal é pré-condição para uma série de repasses financeiros ao município. Apesar desta constatação, “*é razoável supor que esse processo possa representar, em nível local, a criação de possibilidades inéditas de*

*emergência de novos atores, na esteira e sob inspiração do processo mais geral que se desenvolve nas esferas estadual e federal dos conselhos.”* (Carvalho, 1995, p. 107).

É exatamente nesta perspectiva que se ancora minha avaliação do controle social, quando considero que os conselhos de saúde podem estar representando uma arena onde novos atores conseguem ensaiar seus papéis, mesmo de forma insipiente e ainda muito tímida, mas que, no entendimento de Paulo Freire, é o movimento legítimo para a formação da consciência crítica e libertadora. Segundo ele, ao se propor para a arena social um espaço potencial de participação, mulheres e homens podem exercitar a construção do mundo, do seu mundo, uma vez que “[...] o homem é um ser de relações que estando no mundo é capaz de ir além, de projetar-se, de discernir, de conhecer [...] e de perceber a dimensão temporal da existência como ser histórico e criador de cultura.” (Freire, citado por Scocuglia, 1997, p. 40).

## 1.1 JUSTIFICATIVA

O Sistema Único de Saúde – SUS - foi instituído pela Constituição de 1988 sobre pressupostos construídos e defendidos pelo movimento da Reforma Sanitária, principalmente na década de 80, mas com uma história que se reporta ao final dos anos 60 e início dos 70, época em que o movimento se inicia basicamente por uma prática política no âmbito das universidades brasileiras (Escorel, 1998). Dois anos depois, em 1990, foi sancionada a Lei nº 8080, que em seus cinquenta e cinco artigos buscou conferir organicidade à proposta do SUS, ordenando os aspectos que diziam respeito aos objetivos e atribuições, princípios e diretrizes, gestão e níveis de competência, recursos humanos, financiamento, planejamento e orçamento (CONASEMS, 1992). Este novo projeto veio se contrapor frontalmente ao sistema até então hegemônico no campo da saúde, impedindo, ou pelo menos adiando, que o recorte forçado pelo modelo neoliberal fosse inscrito, naquele momento, no campo das políticas de saúde. Desta forma, o SUS nascia no plano de uma institucionalidade jurídico-constitucional que avançava em muito as conquistas sociais (Campos, 1997). Pelos princípios que assume, o sistema de saúde pretende garantir a universalização do acesso aos serviços e ações de saúde, a

resolutividade e integralidade da assistência e a democratização nas decisões do setor pela *participação da sociedade* ao lado do Estado.

O SUS pressupõe a necessidade imperante da *descentralização* – seja nos níveis de operacionalização seja nos de decisão – como condição para que o sistema possa alcançar os fins a que se propõe. Desta forma, ficou possibilitada a participação dos municípios na constituição do sistema de uma forma sem igual nas legislações sanitárias precedentes. O conceito de *municipalização* passa a ser reformulado e adotado como categoria chave no debate sobre políticas públicas de saúde formuladas a partir desta etapa. Por reformulação do conceito de municipalização quer se entender que o município passa efetivamente a assumir e a deliberar sobre questões que antes estavam afetas apenas aos níveis estadual e federal, uma vez que a estas novas responsabilidades passa a corresponder um aporte de recursos orçamentários antes não disponibilizado.

A legislação, como foi evidenciado, também garantiu o direito da população participar da construção desse novo sistema, na medida em que pudesse sobre ele exercer um *controle social*, com fins de garantir sua efetiva democratização. Este princípio, de importância nuclear, foi garantido numa outra lei, a de nº 8142/90, cujo texto é bem menor – apenas 7 artigos – e que complementa a lei nº 8080 (ambas são conhecidas como Leis Orgânicas da Saúde), resgatando para o projeto do SUS um elemento estratégico – a participação da sociedade - que havia sido negado com o veto presidencial (Collor) de alguns artigos no projeto de lei original.

Passados já mais de 9 anos de aprovação desta legislação básica no campo da saúde, muitos municípios brasileiros continuam enfrentando dificuldades enormes na organização do SUS no âmbito de seus territórios, embora o processo de municipalização (transferência de responsabilidades) tenha crescido de forma notável. Em 1996, dos mais de 5500 municípios brasileiros, 3078 estavam habilitados para a municipalização, mas 2323 o faziam em condições de gestão incipiente, ou seja, assumiam apenas as ações mais básicas da assistência (Mendes, 1998). Inúmeros fatores podem ser identificados para explicar este quadro de dificuldades que impede a efetiva assunção das responsabilidades por parte dos municípios. Entre diversos outros, avalio que um deles está no nível político, e que significa a enorme dificuldade da população em participar e cobrar, de todas as esferas de governo, a efetivação dos compromissos estatuídos por lei. A distância geográfica e a “distância” burocrática dos

municípios com relação aos níveis decisórios federal e estadual são, por si só, duro obstáculo para o exercício mais pleno do *controle social* por parte dos usuários. Ao lado daquelas, no entanto, podem estar existindo outras “distâncias” que têm impedido o exercício democrático da participação social, especificamente no campo da saúde. Uma dessas “distâncias”, paradoxalmente, é aquela que existe para uma grande parcela de profissionais da saúde com relação à implementação e atuação dos Conselhos de Saúde. Infelizmente, para muitos trabalhadores da saúde que atuam tanto ao nível administrativo como assistencial, o controle social ainda é um território desconhecido, de pouco interesse e com o qual poucos se comprometem.

Este trabalho foi pensado como provocação de duas naturezas. A primeira diz respeito à relação pessoal que estabeleci com Pontal do Sul ao longo de minha vida, pois ali tenho passado períodos de descanso, em férias e finais de semana, desde os tempos de infância e, em anos mais recentes, desenvolvido algumas atividades enquanto docente da Universidade Federal do Paraná. Já são mais de 30 anos nesta proximidade com Pontal e que, espero, possa prosseguir. Aprendi a gostar de Pontal com zelo e com muito respeito pela sua paisagem humana e geográfica. Depois da emancipação política que resultou na criação do Município de Pontal do Paraná, há quase 3 anos, desmembrando-se de Paranaguá, tenho observado um crescimento populacional preocupante na localidade de Pontal do Sul e arredores (Vila Nova, Barrancos etc.). Este crescimento tem sido acompanhado de uma demanda também crescente por ações e serviços de saúde, conceituando-se aqui a saúde como um processo mais amplo, que inclui ações curativas e preventivas, dirigidas tanto para a atenção ao indivíduo como à coletividade e ao meio-ambiente.

A segunda provocação para este trabalho vem do meu envolvimento – desde os tempos de estudante de enfermagem – com movimentos e debates em torno das políticas de saúde e a necessidade de transformá-las. Foi uma época em que se discutia a atenção primária à saúde, os ensinamentos de Alma-Ata<sup>2</sup>, a educação popular em saúde, o “natimorto” PrevSaúde, as práticas populares. Esta caminhada continuou mais tarde, já na minha prática profissional

---

<sup>2</sup> Em 1978, a Organização Mundial de Saúde promoveu uma grande conferência em Alma-Ata, capital da República do Kazaquistão, pertencente à então União Soviética. Desta reunião resultou a famosa Declaração em que os governos ali representados, entre eles o Brasil, se propuseram a conseguir alcançar “Saúde para Todos no Ano 2000”, por meio da estratégia da atenção primária à saúde.

como sanitaria, em meados dos anos 80, tendo trabalhado como colaborador na organização do sistema público de saúde em pequenos municípios da região metropolitana de Curitiba, no período imediatamente anterior e durante a consolidação das AIS – Ações Integradas de Saúde, na condição de servidor da Secretaria de Estado da Saúde do Paraná. Mais tarde, em 1990, com o início da minha atividade como professor do Curso de Enfermagem da UFPR – minha “casa” de origem - vou me ocupar do temário do campo da Saúde Coletiva, área para a qual prestei o concurso público de ingresso na docência universitária. Ficou, assim, referendado meu particular interesse nas questões que dizem respeito ao funcionamento do sistema público de saúde. Nos últimos semestres busquei desenvolver algumas atividades de extensão com alunos da graduação em Pontal do Sul, uma vez que podia contar com a possibilidade de apoio logístico no Centro de Estudos do Mar, um braço da própria UFPR naquela mesma localidade.

Foi, portanto, tocado basicamente pela motivação que se desdobra desta história pessoal, que pensei poder contribuir com o conhecimento sobre Pontal do Sul, ao me propor a uma análise das possibilidades de participação da comunidade local na construção do sistema de saúde. Além do mais, considero que o tema do *controle social* é uma questão que deve ser priorizada por todos os cidadãos interessados no êxito das políticas públicas de saúde: profissionais da saúde, técnicos, gestores e os próprios usuários. Para o campo da Enfermagem em Saúde Coletiva este é um tema de particular interesse. Com a intenção de ressaltar a concepção com que é entendida a Enfermagem neste trabalho, busquei o referencial teórico de Egry; Shima (citadas por Egry, 1994), quando as autoras afirmam que a Enfermagem é

um trabalho coletivo desenvolvido por diferentes trabalhadores de enfermagem e de saúde e seus processos de trabalho estão fortemente articulados aos demais processos de trabalho das outras práticas da área de saúde. É um conjunto de práticas com instrumentos próprios e procedimentos baseados em conhecimentos científicos, voltados para o atendimento de carecimentos e a prestação e a assistência à saúde do homem. Como qualquer outra prática social, constitui-se pelo conjunto das relações sociais da sociedade em que se insere e assim, é histórica e está socialmente determinada. Visa a intervenção clara, planejada e consciente no processo saúde-doença, para a manutenção da integridade humana, independentemente da classe social. (p. 99).

É nesta direção, portanto, que pretendo orientar este trabalho de mestrado.

Restaria, ainda, segundo minha ótica, frisar que o processo de conscientização e de apropriação pelos sujeitos de suas próprias trajetórias no agir histórico é condição para a garantia de uma existência cidadã. Este compromisso se impõe de forma radical num mundo que se vê capturado pelo movimento globalizador operado no modelo neoliberal da economia deste fim de século. O discurso da ideologia neoliberal faz crer que a “massificação”, segundo parâmetros determinados pelo mercado, é inevitável e que a vida cultural, política e social dos povos, daqui para frente, terá que se ajustar a essas demandas, pois não há outro caminho. O neoliberalismo pretende se configurar, pois, como um corpo de doutrina coerente, militante e decidido a transformar todo o mundo à sua imagem (Anderson, citado por Sader; Gentili, 1995).

Este fatalismo inexorável do discurso neoliberal deve ser enfrentado por todos os que acreditam na utopia e na história. Como contraponto ao movimento globalizador é preciso acreditar e apostar num movimento *localizador*, se assim se pode chamar. Localizar a cultura e a política é legitimá-las como singulares. É acreditar nos valores próprios, legítimos. É cultivar a própria história. É resgatar a autonomia e desenhar a própria identidade. A consciência local pode ser capaz de questionar o pensamento homogeneizador e massificador, opondo-se de forma consciente. Eu diria que é a única forma capaz de se resgatar identidade e fazer história. Ora, o controle social pensado para o campo da saúde pode ser mais uma destas práticas que vêm ajudar a fazer história.

## 1.2 QUESTÃO NORTEADORA DO TRABALHO

Na localidade de Pontal do Sul, Município de Pontal do Paraná/PR, apesar de uma população residente relativamente pequena - aproximadamente 1.300 pessoas (12,8% da população total do município), incluindo a localidade conhecida por Vila Nova - existem vários grupos de moradores organizados. É certo que os motivos que levaram à formação desses grupos são bastante diversificados. As APMs (Associações de Pais e Mestres), por exemplo, estão mais diretamente interessadas em acompanhar os trabalhos desenvolvidos nas escolas e seus desdobramentos comunitários. Existem outros grupos que se organizaram em torno de interesses comerciais ou de prestação de serviços, como é o caso da Associação de Pescadores e a de Barqueiros; outros, ainda, surgiram motivados por ideais religiosos/espirituais, como é o caso dos grupos ligados às diferentes igrejas. Com potencialidades diferenciadas de influir e até mesmo interferir na dinâmica sócio-política de Pontal do Sul, a existência de tais grupos, em todo caso, evidencia que as pessoas estão disponíveis para a participação coletiva, tendo em vista sempre algum propósito comum. Estes grupos estão distribuídos por distintos “bairros” de Pontal do Sul, cobrindo praticamente toda a área urbana. Como seria de se esperar, em cada um deles se encontram pessoas cujo potencial de participação pode ser colocado a serviço de causas coletivas, sendo elas capazes de exercer influências no sentido de mobilizar interesses comunitários.

Esta realidade me permite pensar - e é esta a questão que orienta a presente investigação - que, se num território-processo<sup>3</sup> existe uma organização social determinada por diversos grupos organizados, pode-se pensar que as questões de saúde constituem-se em questão problemática para um ou mais desses grupos e, assim, estaria configurado um cenário favorável à criação de uma instância coletiva de *controle social*, isto é, a criação de um Conselho Local de Saúde ou instância similar.

É com esse entendimento que busquei proceder a uma identificação do que pensam

---

<sup>3</sup> Adoto aqui o mesmo entendimento de *território* encontrado em Mendes (1994, p. 166), para quem “a concepção de território-processo transcende à sua redução a uma superfície-solo e às suas características geofísicas para instituir-se como um território de vida pulsante, de conflitos, de interesses diferenciados em jogo, de projetos e de sonhos. Esse território, então, além de um território-solo é, ademais, um território econômico, político, cultural e epidemiológico”.

algumas lideranças comunitárias e pessoas da população local a respeito da saúde e das possibilidades de se envolver num processo de participação mais amplo, com a finalidade de debater sobre a questão coletiva da saúde e outras questões que, em última análise, podem estar determinando as condições de saúde da população de Pontal do Sul.

Em sendo esta a questão norteadora do trabalho, algumas perspectivas podem não se configurar tal como tenho avaliado por ora. Ao final do estudo penso ter elementos suficientes para analisar que condições existem para dar base a um trabalho de mobilização comunitária, tendo como horizonte a formação de um Conselho Local de Saúde que possa exercer o *controle social* local na ótica da cidadania.

### 1.3 OBJETIVOS

#### 1.3.1 Objetivo Geral

**Avaliar o potencial de intervenção dos grupos organizados de usuários de Pontal do Sul (município de Pontal do Paraná -PR) no controle social em saúde.**

#### 1.3.2 Objetivos Específicos:

- **Caracterizar as formas de organização social em Pontal do Sul;**
- **Conhecer a concepção de saúde dos usuários do SUS local;**
- **Identificar elementos potencialmente favoráveis à participação social com vistas ao controle social do Sistema Único de Saúde em Pontal do Sul.**

## 2 QUADRO TEÓRICO

### 2.1 ESFERA PÚBLICA E ESTADO

A possibilidade da formação dos conselhos de saúde, tal como propostos a partir da Carta Constitucional de 1988, deve ser compreendida e sustentada no âmbito daquilo que se entende por *esfera pública*. O conceito de esfera pública aponta para a existência de uma instância da vida social em que as diversas classes sociais e seus segmentos podem processar a *publicização* de suas questões. Em outras palavras, a idéia de *esfera pública* remete à constituição de uma arena onde se possa proceder a representação dos interesses coletivos, de tal modo que estes possam ser confrontados e negociados a partir da explicitação dos conflitos que regem as relações sociais na sociedade capitalista contemporânea, bem como se possa garantir a viabilização de consensos a partir desses múltiplos interesses (Raichelis, 1998).

A idéia de *esfera pública*, portanto, indica um espaço de aparecimento e de visibilidade. É a visibilidade pública que define a realidade, que forja um mundo comum, no qual a presença do outro - *alter* - é marcada, debatida e tomada, ou não, como parte constitutiva deste real. A alteridade constrói o mundo comum/comunitário.

A sustentação da idéia de uma *esfera pública* é o que alicerça a própria possibilidade da democracia concreta, onde os interesses podem ser efetivamente dados ao conhecimento, debatidos, analisados, assimilados ou rejeitados. Os interesses coletivos devem ser administrados no espaço público para que possam produzir aquilo que efetivamente representam, ou seja, ações que constroem a realidade conforme os interesses dos segmentos numericamente majoritários no espaço social.

Para que se conforme efetivamente a *esfera pública* é preciso que os caminhos para a construção dessa esfera sejam viabilizados *"pelo discurso e pela ação dos sujeitos sociais que, estabelecendo uma interlocução pública, possam deliberar em conjunto as questões que dizem respeito a um destino coletivo."* (Raichelis, 1998, p. 26). É esta dinâmica que confere à esfera pública seu caráter político, pois *"a noção de esfera pública se afirma como comunidade politicamente organizada e baseada no conhecimento do direito de todos à participação na vida pública."* (Raichelis, 1998, p.27).

Historicamente, a *esfera pública* nasce com a necessidade da classe burguesa ter um espaço social, aglutinador de seus interesses entre o mercado e o Estado, este último representado aqui pela classe política. Isto se dá ao final do século 18, na Europa, contemporaneamente ao nascimento do Estado moderno e em contraposição ao Estado feudal, onde os interesses majoritários eram aqueles que diziam respeito à aristocracia e ao clero. A partir da constituição desse espaço público, passa-se igualmente a se considerar a existência de duas instâncias: a do público e a do privado, como instâncias presentes na dinâmica societária e mediadoras entre sociedade civil e Estado.

Segundo Habermas (1984), a esfera pública nascente é uma esfera da burguesia:

a esfera pública burguesa pode ser entendida inicialmente como a esfera das pessoas privadas reunidas em um público; elas reivindicam esta esfera pública regulamentada pela autoridade, mas diretamente contra a própria autoridade, a fim de discutir com ela as leis gerais da troca na esfera fundamentalmente privada, mas publicamente relevante, as leis do intercâmbio de mercadorias e do trabalho social. (p. 42).

Portanto, num primeiro momento de constituição da esfera pública burguesa, a base é constituída de pequenos proprietários privados, que transformam este espaço privado numa esfera de seus interesses comuns. Como as camadas burguesas são proprietárias autônomas de mercadorias, é com base nessa experiência da esfera íntima (familiar) que elas vão transferir para o mundo competitivo dos negócios o mesmo tipo de autoconsciência. Isto é, assim como são proprietários privados na esfera produtiva, passam a assumir a condição de cidadãos ativos no plano da esfera estatal. É aí, conforme localiza Raichelis (1998, p. 50), que surge a *"ficção socioeconômica da sociedade civil burguesa naturalizada"*. A classe burguesa, através de uma Constituição, consegue tornar de caráter público aquilo que diz respeito à sua condição de

classe. Para legitimar a função do Estado como articulador entre seus interesses e a classe política, a burguesia faz vigorar valores constitucionais tais como: todos estão em condições de ser "iguais" para conseguir, com talento e "sorte", o *status* de proprietário e cidadão, qualificação esta necessária para que um homem privado seja admitido à esfera pública. O interesse de classe burguesa, portanto, se coloca como a base da opinião pública, naturalizando-se como tal e adquirindo uma aparência de universal. Em outras palavras, os valores burgueses (dos proprietários) se assumem como representantes também dos valores das outras classes sociais, especialmente as populares, a dos não-proprietários.

Numa segunda etapa do desenvolvimento da esfera pública burguesa ocorre o ingresso de grandes massas de indivíduos despossuídos e não-instruídos - e que vão vender sua força de trabalho para garantir o ingresso no mercado - colocando em ameaça toda a ordem político-social burguesa. Uma situação contraditória se explicita a partir daí. Habermas (citado por Raichelis, 1998), em sintonia com a crítica marxiana da economia política, afirma que, a partir do ingresso de segmentos não burgueses na esfera pública, esta se torna uma arma que será utilizada contra a própria burguesia. Em vez de uma sociedade constituída de pequenos proprietários, nesta nova configuração explicita-se uma sociedade de classes na qual a ascensão do trabalhador assalariado à condição de proprietário é cada vez mais inviabilizada. Expõe-se à crítica, a partir deste cenário, os critérios que então davam base à esfera pública: igualdade de oportunidades, equiparação entre homens e proprietários, direitos humanos relativos ao homem abstrato, reprodução da sociedade capitalista como ordem natural sem crises (Raichelis, 1998). Perpetua-se, de uma outra forma, as relações de dominação da época feudal.

Habermas (ainda citado por Raichelis, 1998) identifica uma terceira fase na história da formação da esfera pública burguesa, quando evidencia que as leis de mercado passam a penetrar na esfera íntima (familiar) das pessoas privadas e surge um público consumidor de cultura, esta divulgada pelos meios de comunicação de massa. O que se provoca, com isso, é quase uma interpenetração entre as esferas do *público* e do *privado*, antes muito bem demarcadas. A estrutura social caracterizada por antagonismos, típica do capitalismo, leva a que os sujeitos sociais tenham de se organizar na defesa dos seus interesses. Portanto, *"o público composto de pessoas privadas politicamente racionais (burguesia) vai sendo substituído por um conjunto de instituições (partidos, organizações sindicais, associações*

*corporativas, entidades patronais) que passam a assumir a tarefa de mediação entre a sociedade civil e o Estado." (Raichelis, 1998, p. 52).*

O caso do Brasil vai apresentar suas especificidades no que diz respeito à formação de uma esfera pública, numa história que vem marcada por um processo resultante de sua condição de país colonizado e periférico em relação às economias centrais.

O intento de localizar a constituição da esfera pública, no caso brasileiro, requer, portanto, uma análise de características da formação do Estado brasileiro. Historicamente, o Estado brasileiro tem alijado de seu interior as representações das classes sociais populares, ao mesmo tempo em que consolida os interesses da grande burguesia nacional e internacional como centro dos aparatos estatais. O que resulta daí é a ausência da dimensão pública nas ações do Estado, em todos os seus níveis e esferas.

O padrão de intervenção do Estado brasileiro, segundo Raichelis (1998, p. 66) *"concentrou-se no financiamento da acumulação e da expansão do capital, em detrimento da consolidação de instituições democráticas e da institucionalização do acesso público a bens, serviços e direitos básicos de extensas camadas da população brasileira."* Se nos países centrais - da Europa e nos Estados Unidos - o desenho *keynesiano*<sup>4</sup> de estado assumido com o chamado *Welfare State* - Estado de Bem-Estar Social - criou condições para a reprodução social da força de trabalho, garantindo direitos de cidadania ao conjunto dos trabalhadores, no Brasil e em outros países periféricos, o que se passou foi a exclusão de enormes contingentes da população do acesso mínimo às condições de sobrevivência. Em verdade, no Brasil, até hoje não se foi capaz de estabelecer a ordem democrática, o que de fato caracterizaria a modernidade. Antes, sempre houve empenho do Estado em consolidar a ordem capitalista. As operações para tornar este estado de coisas possível estão inscritas na história da formação do Estado brasileiro, conforme assinala de forma muito direta Martins (1999). Este autor lembra

---

<sup>4</sup> *Keynesiano*, referente ao pensamento de John Maynard Keynes (1883-1946), economista inglês que considera necessário aliar a eficiência econômica à liberdade individual, com devida atenção à justiça social. Este postulado exige do Estado maior intervenção nos negócios a fim de controlar as forças econômicas e regular as distorções, ou seja, o Estado deve participar de forma marcante na produção e distribuição de bens, daí a razão de ser chamado de *Estado de bem-estar social (Welfare State)*. Por isso, nos anos 40, considerava-se que qualquer cidadão europeu teria direito a emprego, garantia de manutenção dos níveis salariais, seguro contra invalidez e doença, proteção na velhice, licença maternidade, aposentadoria, o que aumentou significativamente a rede de serviços sociais garantidos pelo Estado. (Aranha; Martins, 1993)

que *"no Brasil a distinção entre o público e o privado nunca chegou a se constituir , na consciência popular, como distinção de direitos relativos à pessoa, ao cidadão. Ao contrário foi distinção que permaneceu circunscrita ao patrimônio público e ao patrimônio privado. Portanto, uma distinção relativa ao direito de propriedade e não relativa aos direitos da pessoa."* (p. 22).

Durante todo o período colonial se superpuseram os direitos público e o privado. *"O rei, constantemente, se valia do patrimônio dos súditos para lograr os fins da Corte, isto é, do Estado."* (Martins, 1999, p. 22). Em troca, o povo também usufruía do patrimônio do rei, assim considerados os bens naturais de qualidade e, por isso mesmo, reais: as terras *realengas*, a pimenta-*do-reino*, as madeiras-*de-lei*, o papagaio-*real* etc. Esta foi a marca nas relações entre estado e pessoas no Brasil. *"As relações entre o vassalo e o rei ocorriam como troca de favor. A lealdade política recebia como compensação retribuições materiais, mas também honorárias, como títulos e privilégios, que, no fim, resultavam em poder político e, conseqüentemente, em poder econômico."* (Martins, 1999, p. 22).

É assim que, no Brasil, a política do favor, desde cedo, se constituiu como a base e fundamento do Estado, não permitindo e nem comportando a distinção entre o público e o privado. As classes oligárquicas brasileiras sempre colocaram a seu serviço as instituições. Ao contrário das sociedades capitalistas centrais, na sociedade brasileira a modernização associou continuamente patrimônio e poder, consolidando a *"cultura da apropriação do público pelo privado."* (Martins, 1999, p. 38). A elaboração de uma cultura ideológica, veiculada principalmente pelo Estado, contribuiu para que as classes dominadas consentissem sobre sua própria dominação, resultando numa impossibilidade histórica das massas populares para a condução de processos políticos com efetiva autonomia para vetar decisões do poder estatal. Ainda Raichelis (1988) avalia que

a imposição, por parte do Estado e dos setores dirigentes das classes dominantes, de limites muito precisos à participação popular - o controle das organizações operárias, o enquadramento dos trabalhadores à rígida disciplina da fábrica, a vigência de mecanismos de cooptação das "lideranças" sindicais, o aviltamento dos salários etc. - acaba por circunscrever o tipo de inserção subordinada das massas populares nos processos de decisão das políticas econômicas e sociais do País. (p. 49).

Com tal panorama é possível se referir, como o faz Raichelis (1998, p. 69), a *uma "modernidade inconclusa da estrutura social brasileira."*

Esta situação de submetimento, porém, teve seus limites transformados na década de 80 com o processo de revitalização da sociedade civil que, na luta pela democratização, questionou o Estado mantido pela ditadura militar e toda a rede de instituições autoritárias construídas para calar a sociedade. Para Raichelis (1998)

aquela década foi a arena de amplo movimento de conquistas democráticas que ganharam a cena pública: os movimentos sociais organizaram-se em diferentes setores, os sindicatos fortaleceram-se, as demandas populares ganharam visibilidade, as aspirações por uma sociedade justa e igualitária expressaram-se na luta por direitos, que acabaram se consubstanciando na Constituição de 88, com o reconhecimento de novos sujeitos como interlocutores políticos. (p.70).

Esta reviravolta no comportamento das massas populares, ensejando a formação de movimentos sociais reivindicatórios, pode ser explicada, de acordo com Bógus (1998), pelo sério agravo das condições sociais nas periferias urbanas, processo gerado nos últimos anos e claramente manifestado nos anos 70. O autor se refere às privações extremas que a população experimentava com respeito a serviços de infra-estrutura (água, esgoto, asfalto, iluminação) e sistema de transporte, problemas cuja solução se encontraria a nível macro-estrutural, importando, portanto, no estabelecimento de relações com o Estado. Este, porém, como já foi muito bem assinalado, prestava-se a cumprir o papel de criar e expandir as condições gerais para a reprodução do capitalismo. Com isso configura-se um cenário em que há exclusão de grande número de segmentos sociais de baixa renda com respeito a benefícios sociais e, por outro lado, a repressão violenta do regime político impondo seus programas econômicos e reprimindo qualquer oposição ativa. Para aquele autor, ainda, estavam dadas condições históricas importantes para o surgimento e consolidação dos movimentos sociais. Martins (1999), no entanto, acrescenta que o centro dinâmico das mudanças políticas no Brasil não está predominantemente ou exclusivamente na força dos movimentos sociais, lembrando que nem a presença maciça do povo nas ruas, em 1984, foi suficiente para se conseguir as eleições diretas para a presidência da República. Para ele, este centro das mudanças políticas está

também *"nas contradições e debilidades que a modernização introduziu na dominação oligárquica. Ai, sim, na ação sobre essas fragilidades é que os movimentos sociais têm conseguido propor e, até, introduzir suas demandas na agenda política do Estado brasileiro."* (Martins, 1999, p. 21).

Os movimentos sociais vêm cumprir com um papel fundamental e necessário na renovação da democracia nestes tempos de encolhimento do espaço público frente aos imperativos do mercado. Estes movimentos põem em questão o poder do Estado ao lutar em torno de idéias de liberdade e igualdade. São responsáveis, por isso mesmo, pela criação de sujeitos sociais e do que se pode chamar de verdadeira sociedade política. Os movimentos sociais repolitizam a vida social. Eles são, no entendimento de Chauí (1997, p. 284) *"movimentos políticos [sem grifo no original] ou práticas da sociedade política porque atuam contra o Estado tal como este se oferece. São o cerne das práticas democráticas enquanto ações populares que visam o reconhecimento de direitos civis e políticos."*

Os frutos obtidos com as conquistas dos movimentos sociais no Brasil, na década de 80, nunca foram tão promissores. Pela primeira vez na história o país teve oportunidade de se agitar com a nova identidade das classes populares, agora legitimamente incluídas - no plano legal - como protagonistas dos fatos políticos. Ocorre, a partir daí, a exigência de transformações radicais no padrão de relacionamento entre o Estado e a sociedade civil. Isto vem implicar na *"construção de esferas públicas efetivamente democráticas, em que os conflitos possam ser publicizados e as soluções negociadas no enfrentamento dos interesses contraditórios dos sujeitos coletivos reconhecidos como interlocutores."* (Raichelis, 1998, p.74).

Registre-se, contudo, que todo este processo sócio-político de democratização do país vem sendo truncado desde meados da década de 80 por um outro processo, contemporâneo àquele, que é o da ascensão do ideário neoliberal. Este movimento vai alicerçar uma direção política para o governo, ao longo da década de 90, e a adoção de práticas orientadas por uma retórica contra o Estado. O discurso da elite econômica e política é de que o Estado é perdulário e que seus gastos (sociais) devem ser reduzidos ao máximo. Esta manobra, na verdade, busca alcançar objetivos inconfessáveis, como bem pontua Lahuerta (citado por Raichelis, 1998) quando faz notar que hoje

a retórica básica do universo político brasileiro, que é a retórica antiestatal, tem um sentido essencialmente antidemocrático, pois, em realidade, quando se fala em cortar e enxugar o Estado, diminuir o seu tamanho [...] não se está exatamente querendo diminuir o déficit através da redução de subsídios e privatização das empresas e áreas do Estado que atendem aos interesses particularistas, mas sim ampliar a parcela já controlada por eles no aparelho estatal. (p. 74).

O que está sob ameaça, em última análise, são as políticas sociais, *"porque a crítica que se faz não é a qualquer Estado, mas é exatamente àquele que incorpora, ainda que precária e parcialmente, os interesses dos não-proprietários no âmbito das políticas públicas."* (Raichelis, 1998, p. 74). Exemplo disto é a tão propalada necessidade de realizar as reformas constitucionais presente nos discursos das elites econômicas e políticas, reformas estas cujo elenco atinge exatamente o conjunto de direitos sociais e políticos conquistados historicamente pela classe trabalhadora e que, no discurso liberal, têm sido responsáveis pelas dificuldades do Estado e das classes burguesas para equacionar a crise social.

As elites econômicas têm jogado um esforço titânico para conformar o Estado aos seus interesses. A soma incalculável de recursos financeiros posta a serviço do "convencimento" eleitoral tem garantido que as diversas esferas da democracia representativa se "contaminem" com os interesses das classes dominantes, na medida que boa parte dos cargos políticos tem sido ocupada por representantes de interesses setoriais, de grandes oligopólios econômicos, de segmentos liberais corporativos etc.

Todo este panorama tem provocado, como resultado, um movimento que questiona os limites da própria democracia *representativa* e coloca a necessidade de se aprofundar e diversificar os processos de participação social e política, movimento que, embora não deixando de reconhecer a importância das instituições democráticas nas quais se apoia o sistema de representação da democracia formal, reconhece uma articulação quase sempre tensa e conflituosa entre democracia representativa e democracia (semi)direta (Raichelis, 1998).

A crescente desresponsabilização que vem caracterizando os últimos governos neoliberais no Brasil (Sarney, Collor e Fernando Henrique Cardoso), basicamente com relação às políticas sociais, tem favorecido o surgimento de um conjunto muito diversificado de

organizações sociais, quase obrigando a presença das comunidades no cenário público para assumir as lacunas deixadas pela retração do papel do Estado. Este movimentos sociais são de variadas orientações, passando pelas causas relacionadas à questão ecológica, aos interesses na preservação e ampliação dos direitos das "minorias" (homossexuais, negros, portadores de deficiências, portadores de patologias), a fins pacifistas, a questões de gênero, da ecologia, da cultura e de valores nacionalistas.

Chega-se, depois deste breve percurso histórico da constituição da esfera pública e suas relações com o Estado, diante de um cenário em que se busca alternativas para garantir e aprimorar os processos democráticos. Há uma tendência a reconhecer a necessidade de uma nova esfera pública, não-estatal, que *"estaria se configurando no terreno de revitalização da sociedade civil, imprimindo novas modalidades de relação entre Estado e sociedade e erodindo a dicotomia estatal-privado."* (Raichelis, 1998, p. 80). Esta nova esfera pública não-estatal reduz a onipotência do Estado e aumenta o espaço decisório da sociedade civil, uma vez que configura-se como espaço de disputa, em cena pública, de múltiplos interesses divergentes trazidos por diferentes sujeitos coletivos. Tarso Genro, citado por Raichelis (1998, p. 81) observa que *"as decisões desse novo centro de composição de interesses e organização dos conflitos não são compreensíveis pela ótica pura do privado, embora transitem interesses de sujeitos privados. Nem são decisões "puras" do Estado já que este, induzido ou pressionado, assume a redução do seu arbitrio agindo segundo o interesse público construído fora do âmbito estatal."*

O fato é que as relações conflitantes trazidas da tensão entre mercado e Estado extrapolam o campo econômico e alcançam o da política. Provocam forçosamente o debate sobre novos papéis e responsabilidades para o Estado e para a própria sociedade. Neste contexto, os termo "público" e "privado" passam a ser compreendidos, ou melhor, questionados com relação a outros parâmetros. Carvalho (1997) admite que

as propostas de resignificação do "público" aparecem tanto a partir de práticas emergentes na sociedade, fora do território estatal, quanto a partir das iniciativas e esforços reformadores do aparelho estatal. Em ambos os casos, correspondem empiricamente à possibilidade de um público não estatal e de um privado não mercantil, quebrando portanto a assertiva clássica da

esfera privada como o mundo do interesse individual, ou das práticas auto-interessadas, e da esfera estatal como o mundo do interesse público, ou das práticas coletivo-orientadas. (p.101).

É, portanto, com base nestas idéias que se pode configurar a tese do controle público sobre as ações do Estado. Este controle é um controle *social*, porque exercido pelos múltiplos sujeitos coletivos, e *público*, porque exercido no espaço público, onde é possível se pôr limites aos interesses puramente privados e mercantis.

O **controle social**, então, se mostra como dinâmica estruturante e peça central na constituição do espaço público (Raichelis, 1998).

Antes de encerrar este capítulo, não posso deixar de reconsiderar os efeitos deletérios sobre os direitos humanos que provoca a atual conjuntura sócio-econômico pela qual passa o país, resultado da reorganização dos processos produtivos, da transnacionalização dos mercados e da volatilidade dos capitais financeiros e que se apresentam todos como efeitos do fenômeno chamado de "globalização econômica". Estas novas transformações produzidas pelo capital para assegurar sua reprodução têm, como pondera Faria (1997), significado um profundo abalo para os direitos humanos garantidos na Constituição Brasileira, incluído neles o direito à saúde. Para este autor, *"a globalização econômica [...] está substituindo a política pelo mercado, como instância privilegiada de regulação social."* (Faria, 1997, p. 43). Neste tipo de conjuntura, as decisões políticas dos estados nacionais têm sido condicionadas por equilíbrios macroeconômicos e os mecanismos internos de arbitragem jurídica dos países atingidos já não estão mais aptos a julgar a pluralidade de situações sociais, econômicas, políticas e culturais cada vez mais diferenciadas. Isto significa, na análise de Faria (1997, p. 45), que *"não é o Estado que impõe sua ordem jurídica sobre esses conglomerados (as empresas multinacionais); são eles que, podendo concentrar suas linhas de produção nos países que oferecerem as melhores contrapartidas para seus investimentos, acabam selecionando as legislações nacionais às quais irão se submeter."* As novas empresas, com base nas inovações tecnológicas e novos desenhos de organização do processo produtivo, provocam uma fragmentação das atividades produtivas o que, por sua vez, produz a ruptura da centralidade e da exclusividade do direito positivo nacional. Ainda para Faria (1997)

esse direito é desafiado por regras e procedimentos normativos espontaneamente forjados no sistema econômico. São direitos autônomos, com normas, lógicas e processos próprios, entreabrindo a coexistência (por vezes sincrônica, por vezes conflitante) de diferentes normatividades; mais precisamente, de um pluralismo jurídico de natureza infra-estatal ou supra-estatal. (p. 45)

Disso resulta que, no plano infra-estatal, surjam "justiças" profissionais (especializadas em conciliação e arbitragem) e não-profissionais (as comunitárias, por exemplo), ambas operando basicamente com critérios de racionalidade material e circunscrevendo sua atuação a conflitos intragrupos, intracomunidade e intraclasses. Vê-se que *"num ordenamento com tais características [...] a idéia de interesses gerais e universais já não consegue mais exercer o papel de princípio totalizador destinado a compor, integrar e harmonizar os distintos interesses específicos."* (Faria, 1997, p. 48).

O que se quer argumentar com estas ponderações é que, longe de desqualificar as lutas pelo reconhecimento dos direitos humanos, elas oferecem outras perspectivas para a atuação dos movimentos populares. Concordo com Faria (1997, p. 51) quando afirma que os resultados desta atuação *"podem propiciar ações incertas quanto à obtenção de resultados concretos no curto prazo [...], mas potencialmente desafiadores e transformadores a médio e longo prazos."*

É esta a perspectiva que confere aos Conselhos de Saúde e às Conferências de Saúde, especialmente os da esfera municipal, um papel definidor na garantia e efetivação dos direitos à saúde, quando poderão, melhor do que ninguém, acionar instituições encarregadas de assegurar a proteção do direito à qualidade de vida, ao meio ambiente saudável e ao reconhecimento da diferença, da singularidade e da subjetividade, como é o caso dos Tribunais Regionais e do Ministério Público.

## 2.2 CONFORMAÇÃO DO CONTROLE SOCIAL NAS ESFERAS DO SUS

### a) BRASIL

É com a Constituição Federal de 1988 que o princípio de participação da sociedade nas políticas de saúde (art. 198) fica estatuído. Segundo a Lei nº 8.142, de 1990, esta participação, também referida como *controle social*, se efetiva pela atuação - de representantes de entidades organizadas da sociedade e dos serviços de saúde - nos Conselhos de Saúde e nas Conferências de Saúde, implantados nas três esferas de governo: federal, estadual e municipal. O atual *Conselho Nacional de Saúde* foi instituído em 1990, pelo Decreto nº 99.438, adequando-se às novas exigências trazidas pelas Leis nº 8080 e nº 8142. O Conselho Nacional de Saúde (C.N.S.) já era um órgão existente desde 1937, quando foi criado pela Lei nº 378, porém sua atuação, por mais de 30 anos, foi irregular e inexpressiva. Mesmo nos últimos anos anteriores à instituição do SUS, o Conselho Nacional de Saúde teve pouca importância para a vida do setor, mantendo um funcionamento quase vegetativo (Conselho Nacional de Saúde, 2000a).

Com a nova Constituição brasileira, o C.N.S. assume papel estratégico na consolidação do princípio do controle social. Em sua Resolução nº 33, de 1992, o Conselho aprovou um documento básico para a organização do controle social no país intitulado "*Recomendações para a Constituição e Estruturação de Conselhos Estaduais e Municipais de Saúde*" (Conselho Nacional de Saúde, 2000b). É com base nesta resolução que foi organizado o Conselho Estadual de Saúde do Paraná e que os municípios têm sido orientados para a constituição de seus respectivos Conselhos. Segundo Carvalho (1995), em levantamento feito até o segundo semestre de 1993 e que dizia respeito a 4973 municípios brasileiros, 65% dos Conselhos Municipais cadastrados constituíram-se no ano de 1991 e, no caso dos Estados, o ano em que se criou o maior número de conselhos foi o de 1993. Pode-se inferir que estes dois marcos foram impulsionados por um imperativo legal, ou seja, a edição da Norma Operacional

Básica<sup>5</sup> 01/91, do Ministério da Saúde, que buscando regulamentar as transferências financeiras estaduais para os Estados e Municípios cobrava dos mesmos o cumprimento rigoroso das exigências expressas na Lei nº 8.142, sendo uma delas a existência legal de Conselho Municipal de Saúde.

O C.N.S. precisou de tempo para ver seu papel afirmado. Foi principalmente durante o ano de 1993 que, de acordo com Carvalho (1995, p. 95), "*o C.N.S. logra claramente firmar-se como uma instância de articulação política autônoma em relação ao Poder Executivo, com um perfil claramente identificado com a defesa do SUS e comprometido com sua implantação.*" Naquele ano, o Conselho se engajou na discussão e aprovação de um documento intitulado *A Municipalização das ações e serviços de saúde: a ousadia de cumprir e fazer cumprir a lei*, documento que teve repercussão estratégica nos setores ligados à saúde (Brasil, 1993). Além disso, a publicação da Norma Operacional Básica nº 01/93 firma o C.N.S. como órgão permanente do SUS e ativamente presente no processo concreto de sua implementação, "*com responsabilidades e poderes concretos na cadeia executiva de sua operação em termos das relações e fluxos intergestores tanto públicos quanto privados.*" (Carvalho, 1995, p. 95).

As Conferências Nacionais de Saúde têm sido, indiscutivelmente, fóruns democráticos e oportunidade para o debate de temas mais candentes relacionados à saúde, além de produzir subsídios importantes para as políticas do setor. Depois da histórica realização da 8ª C.N.S., em 1986, já foram realizadas a 9ª (1992) e a 10ª C.N.S. (1996). E ainda para dezembro deste ano está confirmada a 11ª, cujo tema central está referido ao objeto deste trabalho: "*Efetivando o SUS: Acesso, Qualidade e Humanização na Atenção à Saúde com Controle Social*". Além destas conferências, têm sido organizadas conferências setoriais, como as duas Conferências Nacionais de Saúde do Trabalhador, que mantêm a mesma representação paritária de delegados.

Outros eventos específicos têm servido para contribuir na formação de uma rede de intercâmbio de práticas e convicções, seja entre os próprios integrantes dos conselhos, seja nas

---

<sup>5</sup> As NOBs - Normas Operacionais Básicas, do Ministério da Saúde - serviram como dispositivo para regulamentar e operacionalizar o SUS, principalmente nas suas esferas estadual e municipal. O aspecto mais importante, indubitavelmente, se referia a relações intergovernamentais e a critérios para financiamento das ações e serviços de saúde. Até o presente momento foram editadas três delas: a NOB/91, a NOB/93 e a NOB/96. Está em discussão uma NOB específica sobre recursos humanos.

organizações de seus diversos segmentos. Um exemplo disso foi o I Encontro Nacional de Conselheiros de Saúde, que aconteceu em 1995 e o II Encontro, em 1998. Acontecem ainda as Plenárias Nacionais de Conselhos de Saúde, já na sua 9ª edição e que ocorrem, em geral, a cada semestre.

Atualmente o C.N.S. está integrado por 32 conselheiros, obedecendo ao princípio da paridade entre usuários e prestadores de serviços. Mantém na rede Internet uma página própria: <http://conselho.saude.gov.br>

Uma das principais bandeiras do Conselho Nacional de Saúde, no que é seguido pelos Conselhos Estaduais e Municipais, tem sido a da aprovação da Emenda Constitucional<sup>6</sup> que define uma fonte permanente de recursos para o SUS.

#### b) ESTADO DO PARANÁ

A primeira constituição do *Conselho Estadual de Saúde do Paraná* data de 9 de setembro de 1991, quando foi criado pelo Decreto Estadual nº 703 e assim funcionou até fevereiro de 1994, com reuniões mensais. O Conselho contava com 32 entidades em sua composição, sendo 16 de usuários e 16 representando os trabalhadores de saúde e prestadores de serviços de saúde (público e privado). Segundo a legislação federal, no entanto, a criação do Conselho deve se dar com base em lei própria e não apenas num decreto, como era o caso. Além disso, durante aquele período, outras entidades organizadas também reivindicavam sua participação no Conselho. Em 1994 a composição vigente foi então "cassada" e por um ano o órgão não funcionou. Finalmente, em 04 de outubro daquele mesmo ano, a Lei Estadual nº 10.913 estabeleceu o novo Conselho, formado agora por 36 entidades titulares (18 entidades

---

<sup>6</sup> A Proposta de Emenda Constitucional - PEC 86/99 tem a finalidade de assegurar o que tem sido talvez um dos maiores obstáculos na consolidação do SUS brasileiro, que é a falta de financiamento seguro para o setor. A PEC 86/99 vincula as receitas dos orçamentos da União, Estados e Municípios ao SUS. Esta vinculação é gradativa, ou seja, se aprovada a emenda a União deve comprometer 5% a mais de verbas para o ano 2000 do que o empenhado em 1999. Os Estados e Municípios vinculam 7% para gastar no setor em 2000, ampliando o percentual para 12% e 15% até 2004, respectivamente. Esta proposta foi originalmente formulada em 1993 e até hoje encontrou grandes dificuldades para ser aprovada pelo Congresso Nacional.

de usuários e outras 18 representando os prestadores de serviços) e 36 suplentes, segundo o disposto na Resolução nº 33 do Conselho Nacional de Saúde (Paraná, 2000b). Durante a II Conferência Estadual de Saúde, em outubro de 1994, foram eleitos 51 conselheiros (entre titulares e suplentes), representando suas respectivas entidades. Hoje, o C.E.S., sigla pela qual o Conselho passou a ser popularmente conhecido, está na sua terceira composição desde que foi criado e mantém os mesmos quantitativos: são 18 entidades representando os *usuários*, 9 representando os *prestadores de serviço de saúde* (5 representando os gestores da administração pública e 4 representando os prestadores de serviços privados e filantrópicos) e 9 representando o segmento dos *trabalhadores de saúde*.

O C.E.S. tem sessões mensais e abertas ao público, além de manter uma *home page* (<http://wwwsaude.pr.gov.br>) onde procura atualizar os dados cadastrais sobre os Conselhos Municipais de Saúde, disponibiliza a legislação pertinente, atas, resoluções, moções e eventos de interesse para o controle social no campo da saúde.

No Estado do Paraná já foram realizadas, até o presente momento, quatro (4) *Conferências Estaduais de Saúde* (Paraná, 2000a). A I Conferência Estadual de Saúde foi realizada nos dias 06 a 09 de outubro de 1991.

A II Conferência ocorreu nos dias 12 a 14 de outubro de 1995. A Resolução nº 33 do Conselho Nacional de Saúde já sugeria que as Conferências Estaduais, responsáveis pela escolha das novas composições para o Conselho Estadual, fossem realizadas de forma que o mandato dos conselheiros não coincidissem com o mandato do governo Estadual (ou Municipal, quando fosse o caso). Assim é que as Conferências Estaduais no Paraná passaram a acontecer nos anos ímpares. Para prepará-la, foram realizadas 277 Conferências Municipais de Saúde, o que possibilitou que o segmento dos usuários fosse representado por 285 delegados. O segmento dos trabalhadores de saúde garantiu 219 delegados, e tanto a administração pública como o segmento dos prestadores de serviços de saúde (privados e filantrópicos) indicaram 128 delegados cada. Ao todo, foram 760 delegados e 555 observadores, mostrando o grande interesse da sociedade em debater as questões de saúde. Conforme dispunha a lei então recentemente aprovada - a Lei Estadual nº 10.913, nesta 2ª Conferência Estadual foram eleitas 51 entidades para assumir o novo Conselho, como já foi lembrado anteriormente.

Dois anos depois, dos dias 14 a 16 de novembro de 1997, aconteceu a III Conferência Estadual de Saúde, cujo tema central foi "*Saúde: o equilíbrio entre a prevenção e o tratamento de doenças*". Na sua etapa preliminar foram realizadas 310 Conferências Municipais de Saúde. Participaram desta conferência 671 delegados, sendo 309 de usuários, 191 de trabalhadores de saúde, 95 do segmento da administração pública e 76 delegados de prestadores de serviços de saúde. Participaram, ainda, 116 observadores.

Mantendo o intervalo de dois anos, em 1999 realizou-se a IV Conferência Estadual de Saúde, dos dias 13 a 15 de novembro. Desta vez o tema central foi "*Saúde: desafios para o século XXI*". Nesse ano 334 municípios realizaram suas Conferências Municipais, nas quais foram eleitos os delegados que representariam estes municípios na etapa estadual. Participaram da IV Conferência Estadual 325 delegados do segmento de usuários, 179 do segmento dos trabalhadores de saúde, 104 do segmento da administração pública e 70 delegados do segmento dos prestadores de serviços de saúde, totalizando 678 delegados, além de 135 observadores.

Outras conferências estaduais de âmbito setorial também têm sido realizadas, contando com delegados de entidades de usuários e trabalhadores de saúde, como as Conferências Estaduais de Saúde do Trabalhador e de Saúde Mental.

Todos os atuais 399 municípios do Estado do Paraná possuem seus Conselhos Municipais de Saúde. O marco que impulsionou a formação de Conselhos Municipais de Saúde foi a Norma Operacional Básica - NOB - 01/93, que ao normatizar o funcionamento dos serviços de saúde públicos colocava como um dos critérios para o financiamento municipal a criação do Conselho. No entanto, ainda são poucos os estudos e pesquisas que avaliam qualitativamente a atuação destes Conselhos. Um trabalho de referência básica neste particular é o de Antonio Ivo de Carvalho (1995), *Conselhos de Saúde no Brasil* que, no entanto, se prende a um viés mais quantitativo na avaliação que realizou.

### c) MUNICÍPIO DE PONTAL DO PARANÁ

As informações que constam deste item foram obtidas junto a Secretaria Municipal de Saúde, Ação Social e Relações do Trabalho de Pontal do Paraná. De acordo com elas, foi a Lei Municipal nº 18 (anexo II), de 30 de abril de 1997, que criou o *Conselho Municipal de Saúde*. Por esta ocasião já se vinha constituindo práticas de controle social no Estado do Paraná há quase 6 anos. De acordo com aquela primeira lei, o C. M. S. esteve inicialmente formado por sete (7) representantes de entidades de usuários e sete (7) representantes do gestor público e prestadores de serviço, mantendo a paridade no que diz respeito ao número de usuários (50%). Estes foram escolhidos durante a I Conferência Municipal de Saúde, cuja tema central e data de realização não foi possível ter acesso, por falta de registros disponíveis. Na busca que fiz para obter estas informações, também não foi possível saber quais entidades foram membros daquela primeira composição do C. M. S.

A II Conferência Municipal de Saúde, cujo tema central foi *Municipalização e Participação Popular*, transcorreu nos dias 31 de abril e 1º de maio de 1999, e durante sua realização foram eleitas as entidades de usuários para comporem a 2ª gestão do C.M.S. Conforme informações da Secretaria Municipal de Saúde, os representantes dos demais segmentos foram indicados posteriormente pelo poder executivo municipal e outras instâncias. O Decreto nº 231/99 (anexo IV) nomeou os conselheiros efetivos e suplentes. As entidades que representam os usuários, nesta 2ª composição do C.M.S. são as seguintes: APM Escola Ezequiel P. da Silva (em Praia de Leste), Associação Comunitária Guaraguaçu, Associação de Vendedores Ambulantes de Pontal do Paraná, Grupo de Voluntários de Ipanema, AMOSOL - Associação dos Moradores dos Balneários Marisol e Olho D'Água, Capela Santa Cruz (em Ipanema) e Lions Club. Como suplentes foram escolhidas a APM Escola Luis Antonio Amatuzzi de Pinho (em Shangri-lá), a APRALE - Associação de Moradores da Praia de Leste, a AMOSI - Associação dos Moradores e Proprietários do Balneário Santa Terezinha, a ACIAPAR - Associação Comercial, Industrial e Agrícola de Pontal do Paraná, a Associação dos Moradores do Jardim Jacarandá e o Rotary Club.

Em 12 de novembro de 1999, a Lei Municipal nº 167 (anexo III) alterou dois artigos da Lei Municipal nº 18, fixando, desta feita, uma periodicidade para a realização das

Conferências Municipais, o que não era discriminado na primeira lei e que passa a ser de cada dois (2) anos. Igualmente foi alterada a composição numérica do Conselho, que passa a contar com 12 membros, 2 a menos do que a primeira composição.

### 3 CAMINHO TEÓRICO-METODOLÓGICO

A visão teórica que orienta o meu trabalho de pesquisa é a do materialismo histórico e dialético. Esta opção vem, como postula a própria filosofia do materialismo dialético, do fato de reconhecer que a construção do conhecimento também pode ter a *prática social* como critério de verdade (Triviños, 1987). Para melhor explicar esta afirmação fico com as palavras de Engels, citado por Triviños (1987, p. 63), ao esclarecer que o materialismo dialético "*não enfoca a prática como experiência sensorial subjetiva do indivíduo, como experimento do científico, etc., mas como atividade e, antes de tudo, como processo objetivo de produção material, que constitui a base da vida humana.*" Como se pode notar, nesta perspectiva o critério da prática é tomado em sentido muito amplo e variado. Ainda de acordo com Triviños (1987), Marx e Engels fixaram as bases da Prática como critério da verdade na teoria do conhecimento do materialismo dialético, ao afirmarem que a única maneira segura de distinguir os homens dos animais inicia-se quando os seres humanos "*começam a produzir os seus meios de vida, isto é, indiretamente, a sua própria vida material.*" (Marx e Engels, citados por Triviños, p. 64). É por isso que, segundo Engels (citado por Triviños, p. 63), "*a teoria é resultado da produção espiritual social que forma os fins da atividade e determina os meios de sua consecução e que existe como noções em desenvolvimento sobre os objetos da atividade humana.*" A prática engendra a teoria e é neste sentido que a prática social pode ser considerada como critério de verdade na produção do conhecimento.

Elementos desta dinâmica também ocorreram comigo. Foi ao me defrontar com realidades profundamente contrastantes e contraditórias nas minhas experiências de vida que fui aceitando e compreendendo o pensamento dialético, numa lenta construção que ainda vem se processando. Em particular, o período que tive oportunidade de experimentar durante os 3 anos em que vivi no Norte do Brasil - Pará e Maranhão - atuando como membro de um

movimento social ligado à Igreja Católica<sup>7</sup> e tendo as comunidades de base como referencial para atuação. As experiências me levaram a considerar e a refletir sobre os grandes contrastes existentes entre as realidades do sul do Brasil e aquela que ali eu fui descobrindo. As explicações de mundo que até então sustentavam boa parte do meu entendimento da realidade - uma espécie de mixagem entre modelos idealistas, fórmulas metafísicas ou raciocínios positivistas - e que, portanto, me “explicavam” o país, não davam conta de processar o que, de fato, se passou naquele período. Aquilo que, a princípio, foi entendido por mim como “*desvio*” de comportamento das populações nortistas - suas práticas sociais interpretadas como resultado do “atraso” e da “ignorância” próprias daquelas regiões “incultas”, quando comparadas ao “desenvolvimento” do “sul maravilha” (quem já não ouviu esta expressão!) - mais tarde veio a se revelar como diferenças necessárias construídas na história daquelas formações sociais, ao se considerar as condições bastante adversas de produção da existência material em cada uma delas. A concepção materialista reconhece que a *matéria é anterior à consciência*, ou seja, todos os fenômenos, objetos e processos, naturais e sociais, que se realizam na realidade são materiais (Triviños, 1987). Por sua vez, o materialismo histórico, na explicação para a produção dessa materialidade, esclarece conceitos como *ser social, consciência social, meios de produção, forças produtivas, relações de produção e modos de produção* (Triviños, 1987). O materialismo dialético compreende o ser humano e seu mundo sócio-histórico concebidos como produtos da contradição indivíduo-sociedade, isto é, rejeita tanto a concepção unilateral de que o indivíduo se adapta a uma determinada realidade, como a que propõe que a realidade é um dado estático, naturalizado, dado (Cury, 1989).

Canesqui (1995, p. 23), ao proceder estudos sobre o campo da Saúde Coletiva e as contribuições que a ele foram dadas pelas Ciências Sociais, afirma que o materialismo histórico e dialético – nas suas diferentes versões – tem “*oferecido à reflexão sociológica e epidemiológica importantes suportes para repensar os determinantes do processo saúde e doença, mediante a análise da produção social, historicidade e distribuição desigual da doença na sociedade, bem como da organização social da prática médica.*”

---

<sup>7</sup> VIBRA – Voluntários Internacionais e Brasileiros para a Amazônia, com atividades desenvolvidas em duas diferentes comunidades rurais: em Queimadas, município de Santa Helena, Maranhão, no ano de 1974, em Nova Olinda, município de Igarapé-Açu, Pará, no ano de 1975 e numa comunidade urbana, no bairro do Guamá, periferia de Belém, Pará, em 1976.

No campo da Enfermagem são muito recentes e ainda poucos os trabalhos que adotam de forma explícita o materialismo histórico e dialético como estrutura teórica na sustentação de seus postulados<sup>8</sup>. É o caso da obra de Emiko Y. Egry (1996, p. 13), particularmente voltada a “*pensar de um modo refletido e crítico de intervir na realidade social, tal como se apresenta para a enfermagem brasileira a prática assistencial, de pesquisa, de organização dos serviços, de qualificação de sua força de trabalho, entre outros ‘papéis’.*” Para a autora a prática profissional deve sempre ser analisada à luz das transformações históricas da sociedade brasileira.

Foi esta mesma visão teórica que me deu elementos para elaborar as experiências já referidas - e daí em diante sempre novamente ensaiadas em outras etapas da vida - mostrando que os fatos da realidade não podem ser analisados na qualidade de objetos fixos, porém sempre em movimento; nenhuma coisa está “acabada”, mas se encontra sempre em vias de se transformar, de se desenvolver; o fim de um processo é sempre o começo de outro (Lakatos; Marconi, 1991).

Segundo, ainda, a dialética, é fundamental definir aquilo que se chama *fenômeno* e o que se chama *essência* do fenômeno. Kosík (1976) alerta para o fato de que a *práxis* utilitária imediata e o senso comum e ela correspondente colocam o ser humano em condições de orientar-se no mundo, de familiarizar-se com os fenômenos (as coisas) e manejá-los, *mas não proporcionam a compreensão destes fenômenos e da realidade*. Ao contrário, a regularidade com que esses fenômenos ocorrem, o imediatismo e a evidência, os fazem ser tomados como sendo a própria verdade. É o que Kosík chama de *pseudoconcreticidade*, isto é, uma relação ainda nebulosa entre essência (verdade) e fenômeno (aparência). O fenômeno indica a essência e, ao mesmo tempo, a esconde. A essência se manifesta no fenômeno, mas só de modo inadequado, parcial, ou apenas sob certos ângulos e aspectos (Kosík, 1976).

Este raciocínio, formulado no âmbito da filosofia, me levou a considerar um pouco melhor algo que sempre tive muita dificuldade em compreender satisfatoriamente, ou seja, as relações entre ciência e a filosofia, suas finalidades e papel na vida dos seres humanos, uma

---

<sup>8</sup> Entre outros autores com formação em Enfermagem e que consideram em seus trabalhos o referencial teórico do materialismo histórico deve-se registrar as produções de Germano (1983), Almeida (1985), Nakamae (1992), Egry (1994, 1996) e Pires (1989, 1998).

vez que pareciam partir de referências bastante opostas. Se, como explica Kosík (1976)

a essência – ao contrário dos fenômenos – não se manifesta diretamente, e desde que o fundamento oculto das coisas deve ser descoberto mediante uma atividade peculiar, tem de existir a ciência e a filosofia. Se a aparência fenomênica e a essência das coisas coincidissem diretamente, a ciência e a filosofia seriam inúteis. [...] Os fenômenos e as formas fenomênicas das coisas se reproduzem espontaneamente no pensamento comum como realidade (a realidade mesma) não porque sejam os mais superficiais e mais próximos do conhecimento sensorial, mas porque o aspecto fenomênico da coisa é produto natural da práxis cotidiana. [...] A dialética é o pensamento crítico que se propõe a compreender a “coisa em si” e sistematicamente se pergunta como é possível chegar à compreensão da realidade. Por isso, é o oposto da sistematização doutrinária ou da romantização das representações comuns. (p. 17-20).

Estas reflexões sinalizam, portanto, para um cuidado na análise dos fenômenos enfocados neste trabalho, de modo a poder penetrar em suas determinações e chegar a perceber sua essência, esta sim, objeto de transformações na prática social. São estas as referências teóricas que avalio como indicadas para dirigir a investigação cujo método de análise apresento a seguir.

### 3.1 CONCEPÇÃO DA PESQUISA

A idéia de *controle social*, tal como assumida neste trabalho, está ligada a possibilidades de relações mais democrática entre Estado e Sociedade Civil, sendo ambos considerados como construções históricas e, portanto, com características e dinâmicas próprias que se configuram a cada período histórico em pauta. Para Carvalho (1995, p. 8), “os diversos conceitos e práticas relativos à idéia de participação e controle social em saúde são historicamente referidos e dizem respeito a distintos contextos sócio-econômico-culturais.” Por outro lado, quando me propus a avaliar as possibilidades de um efetivo exercício do controle social, compreendi que meu objeto de análise era de natureza eminentemente social. Constituía-se, portanto, em objeto das Ciências Sociais. Neste sentido, para Minayo (1994), o que define um objeto como sendo de interesse das Ciências Sociais é fato dele ser *histórico*, de possuir *consciência histórica* e de haver uma *identidade entre sujeito (pesquisador) e objeto*

(de pesquisa). Em outras palavras, as sociedades humanas existem num determinado espaço e tempo e suas formação social e configuração, por isso mesmo, também são específicas; os seres humanos, os grupos e as sociedades dão significado e intencionalidade a suas ações e suas construções, na medida em que as estruturas sociais nada mais são do que ações objetivadas; e que o observador tem a mesma natureza do objeto, sendo ele mesmo, portanto, parte de sua observação.

Colocadas estas idéias, pode-se concluir, por ora, que o objeto em questão – o *controle social* – deve ser investigado com auxílio de uma metodologia qualitativa, uma vez que este objeto implica no “conjunto de expressões humanas constantes nas estruturas, nos processos, nos sujeitos, nos significados e nas representações.” (Minayo, 1994, p. 14). A metodologia apropriada para tratar com o objeto deste estudo é, portanto, *qualitativa*, pois trata com um nível de realidade que não pode ser necessariamente quantificado.

A pesquisa qualitativa, como esclarece ainda Minayo (1993), permite compreender os valores culturais e as representações de determinado grupo social sobre temas específicos; possibilita, ainda, compreender as relações que ocorrem entre atores sociais diversos, tanto no âmbito das instituições como dos movimentos sociais; e a pesquisa qualitativa também permite a avaliação das políticas públicas e sociais enfocadas tanto em sua formulação, aplicação técnica, como por aqueles a quem se destinam, os usuários, a população.

O ponto de vista do materialismo dialético vai permitir que minha análise parta do fenômeno considerado – a compreensão da dinâmica comunitária local com respeito ao processo saúde/doença e as suas possibilidades de mobilização em torno dessa mesma questão - e avance na tentativa de explicá-la em suas determinações mais gerais. Andery (citado por Egry, 1996, p. 31) pondera que “a compreensão e explicação de um fenômeno depende [...] da descoberta das relações e conexões que lhe são intrínsecas, que o formam e que inserem este fenômeno em uma totalidade, totalidade esta que acaba, também, por determiná-lo e da qual não pode ser subtraído, sob pena de se perder a compreensão do movimento que constitui o fenômeno, e nesse caso, a compreensão do próprio fenômeno.”

É aqui que considerei orientar minhas análises através do uso de algumas **categorias metodológicas** consideradas centrais pela dialética, quais sejam, a *contradição* e a *totalidade*. As categorias são conceitos básicos que permitem pensar os aspectos gerais e essenciais do

real, suas conexões e relações (Cury, 1989). As categorias expressam as questões que se apresentam em determinados momentos históricos. Elas aparecem, portanto, como decorrência do desenvolvimento histórico do conhecimento e da prática social. Novas categorias podem surgir em razão do afã do ser humano em conhecer e transformar a natureza e a sociedade pertinentes ao tempo histórico em que ele vive (Triviños, 1987).

Estas categorias metodológicas serão, por sua vez, instrumentos de base na compreensão das **categorias analíticas** que, de acordo com Minayo (1993) são aquelas que retêm historicamente as relações sociais fundamentais e podem ser consideradas balizas para o conhecimento do objeto nos seus aspectos gerais. Considero como tais categorias, para efeitos deste trabalho, o próprio *controle social* e o *processo saúde-doença*, significando este último o fenômeno social sobre o qual aquele controle estará sendo pensado.

## 3.2 CATEGORIAS METODOLÓGICAS

### 3.2.1 Contradição

A categoria da *contradição* considera que sempre há uma relação de conflito no devir do real. Cada coisa exige a existência do seu contrário, para que aconteça a superação e se ponha em curso o desenvolvimento da realidade (Cury, 1989). No movimento do real sempre haverá tensão. Trata-se exatamente de uma “*tensão dialética sempre superável do já sido e do ainda-não no sendo.*” (Cury, 1989, p. 31). A consciência da contradição coloca o conflito como imanente à própria coisa. Assim, as causas externas podem ser as condições das modificações, mas as causas internas são a base dessas modificações. No capitalismo, a contradição básica está em que há uma luta permanente entre classes: a classe que produz e a classe que tem a propriedade dos meios de produção. É nesta luta permanente que o capitalismo tem assegurado seu contínuo desenvolvimento. A participação das classes trabalhadoras na definição das políticas sociais é continuamente retomada, porém permanentemente dificultada. Isto coloca limites ao exercício da participação popular, mas ao

mesmo tempo, de forma contraditória, é o que fecunda possibilidades futuras de reversão do quadro.

### 3.2.2 Totalidade

A categoria da *totalidade* aponta para a relação todo/parte. Uma análise que vê apenas a parte, sem referi-la ao todo, isto é, ao processo de sua produção como parte, oculta o que é global. Vê, assim, as *partes* como universos separados uns dos outros. As partes são confundidas como "*todos*" (Cury, 1989). É o genuíno falseamento da realidade. Produz o que se chama de *naturalização* dos fenômenos, ou seja, a aceitação de que tais fenômenos ocorrem por força da ordem natural e não como produção das relações humanas. A categoria da totalidade, então, é a que nos remete a um processo de totalização do real a partir das relações de produção e suas contradições. A totalidade não é um todo já feito, determinado e determinante das partes. Ela permite a compreensão da realidade nas suas leis íntimas e a revelação de suas conexões internas e necessárias (Cury, 1989).

É nesta perspectiva que se deve considerar, portanto, as condições estruturais sob as quais vem se dando a prática social e comunitária. Quais as relações implicadas no exercício do controle social a nível local, e as condições mais gerais de exercício da cidadania? Como os processos de manutenção e reprodução social promovidos pelo sistema capitalista têm (des)configurado o direito à saúde? Como os movimentos que buscam a participação comunitária enfrentam o sistema neoliberal que concebe os indivíduos não como cidadãos mas como passíveis consumidores, tanto de produtos materiais como de ideologias? Numa sociedade que deve viver sobre a lei do mercado, qual o lugar dos direitos humanos?

### 3.3 CATEGORIAS ANALÍTICAS

Os pressupostos que orientam a minha pesquisa, e porque expressam minha particular visão de mundo, estão dados no que chamo aqui de *categoria analítica*, ou ainda numa expressão similar, o que Egry (1994) denomina também de *categoria conceitual*. Para esta autora *categoria conceitual* é

um conjunto totalizante de noções e idéias historicamente construídas que demarcam em seus espaços as partes interligadas do fenômeno considerado. Deve ser compreendida na perspectiva de mediadora para a compreensão do fenômeno e pode ser considerada também enquanto um conhecimento mais próximo do particular do que do estrutural. Decorrente disso, cada categoria conceitual, em si, sofre processos de redefinição contínua, o que significa que, além de confirmar os elementos de sua constituição interna, abre simultaneamente os pólos para novas totalizações. (p. 59).

Assim, dentre um arsenal muito amplo de noções e idéias de interesse mais ou menos direto para a compreensão do meu objeto de pesquisa, optei por considerar como categorias analíticas o *controle social* e o *processo saúde-doença*. Passo, em seguida, a desenvolvê-los dentro da perspectiva teórica assumida neste trabalho.

### 3.3.1 Controle Social

A noção de *controle social* tratada nas análises deste trabalho vem diretamente do texto legal. De acordo com a Lei nº 8142 (28 de dezembro de 1990) o controle social se dará mediante duas instâncias colegiadas, para cada esfera de governo (federal, estadual e municipal), cujas responsabilidades estão definidas de forma bastante clara:

- *Conferência de Saúde*: realizada com “a representação dos vários segmentos sociais, para avaliar a situação de saúde e propor as diretrizes para a formulação da política de saúde [sem grifos no original] nos níveis correspondentes, convocada pelo Poder Executivo ou, extraordinariamente, por este ou pelo Conselho de Saúde.” (artigo 1º, § 1º).

- *Conselho de Saúde*: organizado em “caráter permanente e deliberativo, órgão colegiado composto por representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários, atua na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde [sem grifos no original] na instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, cujas decisões serão homologadas pelo chefe do poder legalmente constituído em cada esfera do governo.” (artigo 1º, § 2º).

A noção de controle social remete, como se depreende dos artigos acima referidos, a uma relação entre o Estado, enquanto agente que tem a seu cargo a implementação de políticas sociais, e a sociedade civil enquanto responsável não somente por formular estratégias como por controlar a execução das políticas sociais, no caso, das políticas de saúde. O controle social, portanto, se realiza no plano da *esfera pública*, tal como foi conceituada em parágrafos anteriores.

Ao se colocar em foco o binômio Sociedade-Estado, abre-se um campo de debates sobre a natureza desta relação, e que pode contemplar distintas compreensões, dependendo do modo como são considerados um e outro polo do binômio. Portanto, pode-se esperar que as análises variem desde uma concepção em que cada polo se comporta de maneira radicalmente autônoma em relação ao outro, passando por compreensões que limitam estas relações a simples ações cooperativas, até aquelas análises que mostram uma necessária complementaridade entre um e outro. Em qualquer dos casos, esta relação aponta para o que se pode nominar de *controle social*.

Para Carvalho (1995) a idéia de *controle social* pode remeter a um entendimento diametralmente oposto ao que hoje ganhou *status* no âmbito das práticas de saúde, depois da instituição do Sistema Único de Saúde. Na tradição da sociologia clássica, a idéia de controle social sempre quis indicar os processos que são exercidos pela sociedade/coletivo sobre o indivíduo. É o que quer indicar a expressão *controle do social*, lembrada anteriormente. Nesta perspectiva, pode-se localizar na história da moderna medicina (final do século 18 e 19), por exemplo, o caráter policialesco com que ela intermedia relações entre Estado e sociedades ocidentais, configurando-se também como uma prática de verdadeiro *controle (do) social*, exercido, porém, neste caso, pelo Estado sobre a população.

Por conta de tais considerações é que na análise deste tema se deve proceder inicialmente a um esclarecimento muito criterioso sobre o significado de expressões muito comuns utilizadas na literatura e na militância em movimentos de saúde, tomadas muitas vezes como sinônimos. São expressões do tipo *participação comunitária*, *participação popular* e *participação social*. Submetidas a um exame mais crítico, tais expressões vão revelar bases teóricas muito diferenciadas entre si. Nesta linha de pensamento, recorro ainda ao trabalho de

Carvalho (1995) que propõe uma comparação entre diferentes modalidades de participação em saúde, segundo as distintas racionalidades técnico-políticas que as organizam.

De forma sintética, apresento um quadro construído com base em seu trabalho intitulado “*Conselhos de saúde no Brasil*”, no qual o autor busca esclarecer a compreensão que tem das três expressões anteriormente lembradas:

**Quadro 1: Elementos para caracterização de diferentes tipos de PARTICIPAÇÃO**

ELEMENTOS	PARTICIPAÇÃO COMUNITÁRIA	PARTICIPAÇÃO POPULAR	PARTICIPAÇÃO SOCIAL
Relação com o Estado	Complementar	Combater/contrapor	Controlar
Atores sociais	Pobres	Setores excluídos	Todos os segmentos sociais
Elemento social em questão	Comunidade	Povo	Sociedade
Caráter da participação	Demagógico	Pedagógico	Cidadania
Como é visto o Estado	Paternalista	Articulador dos interesses das elites	Arena para embate de conflitos contraditórios
Lideranças	Técnicos da saúde	Líderes populares	Técnicos da saúde e líderes populares
“Locus” de articulação	Serviços de saúde	Conjunto da sociedades	Serviços de saúde
Objetivos	Técnico-sanitários	Políticos	Políticos
Tempo histórico	Final dos anos 60 e início dos 70	Final dos anos 70 e início dos anos 80	Final dos anos 80 e década de 90

Fonte: elaboração própria, a partir de Carvalho (1995, p. 14-28)

Estas diferentes compreensões de *participação* são também assinaladas por Almeida (1989) e por Gohn (citada por Raichelis, 1998). Esta última autora vai distinguir dois tipos de conselhos, os *populares* e os *comunitários*, que surgem nos anos 70-80 e que vão desempenhar importante papel na complexa relação da sociedade com o Estado, durante a transição democrática brasileira. Os conselhos comunitários foram criados diretamente pelos governos nas diferentes esferas e tinham como papel a mediação com os movimentos e organizações populares. Em sua organização formal eles buscavam, ao final, a cooptação de lideranças. Os conselhos populares, por sua vez, não tinham estrutura formal e, ao contrário dos primeiros, funcionavam como mecanismo de pressão direta contra os governos, na exigência do atendimento às demandas dos movimentos populares. Ainda na avaliação de Gohn, os conselhos de saúde organizados na esfera popular tiveram grande representatividade, porém não eram deliberativos nem autônomos na gestão de recursos. De acordo com Raichelis (1998) estas posições foram mudando, conforme mudou o quadro político do país. Para ela, os espaços criados por uma nova institucionalidade nas práticas sociais foram possíveis

em virtude das mudanças que se processaram no caráter dos movimentos populares, que, *de costas para o Estado* no contexto do autoritarismo militar, redefiniram suas estratégias e práticas e passaram a considerar a participação institucional como espaço a ser ocupado. Atenuou-se, de certa forma, a desconfiança de que a participação nas estruturas institucionais levaria necessariamente à manipulação e à cooptação da presença popular. (p. 34).

Almeida (1989, p. 102) igualmente ressalta esta fase do processo histórico nos anos 80, que vai conferindo outra qualidade à forma de participação: "*...com as mudanças na conjuntura política nacional, o processo de liberalização dos mecanismos repressores da sociedade e maior atuação política e organizativa das comunidades, as propostas de participação passam a ter o caráter de participação social efetiva, pressupondo algum tipo de participação decisória e de controle social sobre bens e serviços ofertados.*"

Com esta nova postura, ficam abertas as possibilidades para uma forma de participação qualificada por Carvalho (1995) como *participação social*. Esta noção de participação social pode ser contestada por outros autores, uma vez que a idéia de participação social - fora do contexto em que aqui foi caracterizada, ou seja, de uma participação que se define pelos elementos apontados no quadro acima - também pode estar indicando a participação da sociedade de um modo geral, não a distinguindo, por exemplo, de participação popular ou comunitária.

Feitas tais observações, e tomando-se novamente o quadro acima como referência, fica entendido que o conceito de controle social, tal como adotado neste trabalho, é uma ação coletiva que se pode caracterizar como *participação social*. As condições para uma participação social efetiva somente foram conquistadas após o processo de abertura democrática do estado brasileiro, a partir de 1984. De um período em que os movimentos sociais expressavam um caráter francamente oposicionista ao Estado, passa-se para outro em que a pluralidade de interesses e projetos são colocados em pauta. É no processo de disputa e interlocução que os diversos segmentos sociais vão se constituindo como sujeitos. A novidade que se mostra no cenário dos anos 80 é a idéia de que o controle sobre o funcionamento do

Estado seja feito pela sociedade, agora representada por seus segmentos organizados e representativos dos mais diversos interesses (Carvalho, 1995).

Esta é a compreensão de controle social sobre a qual foram pensados os Conselhos de Saúde e as Conferências de Saúde, previstos para se articularem e acontecerem nos três níveis: nacional, estadual e municipal. Enquanto nas Conferências cabe a proposição de diretrizes para formulação da política de saúde, nos Conselhos se controlará a execução dessa mesma política, inclusive no que diz respeito a questões econômicas e financeiras. A luta popular pela saúde e a persistência com que ela vai se afirmando nos anos 80, até a conquista do texto constitucional e da legislação pertinente, levam Carvalho (1995, p. 30) a declarar 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 em que estão implantadas por todo o país, nas três esferas governamentais."*

A novidade trazida pelos Conselhos e Conferências de Saúde se constituiu numa forma de aprimoramento da cidadania, em geral decantada tão somente por ocasião das eleições gerais, sendo o voto a sua melhor expressão. A participação direta permite transcender as formas clássicas da democracia representativa, nas quais a população participa indiretamente através do trabalho de deputados e vereadores que elege.

A prática civil possibilitada pelos Conselhos de Saúde vai provocar efeitos culturais muito positivos para a afirmação da cidadania, como observa muito claramente Bógus (1998):

A participação nos Conselhos de Saúde pode significar uma possibilidade de descolonização do mundo da vida porque pode ser regido pela busca do entendimento, através do diálogo. Este está baseado no princípio da igualdade, no direito à participação, o que é diferente de uma crença *a priori* e incondicional de que todos os participantes são iguais ou estão partindo do mesmo lugar. Na verdade, eles são diferentes nas suas características, formações, informações, conhecimentos, nível de instrução e no acesso à informação, mas são iguais na possibilidade da participação, da troca, da busca do entendimento e da decisão consensuada. (p. 201).

Concebido por esta perspectiva o Sistema Único de Saúde, se defendido e implementado em todas as suas diretrizes e princípios, configura-se numa política concreta de reforma do Estado, levando-o a recuperar sua função pública, tão ameaçada pelo pensamento

neoliberal. Neste panorama, os Conselheiros de Saúde desempenham o papel de protagonistas políticos e podem representar o fortalecimento das organizações autônomas da sociedade. Transcendem, portanto, o papel objetivo de definir e fiscalizar a implementação de políticas de saúde. Este desdobramento que se dá com a existência dos Conselhos é avaliado, a meu ver, muito corretamente por Carvalho (1997):

A experiência dos Conselhos têm certamente servido de campo para a consideração do interesse público, não apenas na perspectiva da busca de igualdades básicas, mas também do respeito às diferenças, propiciando e acolhendo demandas que buscam legitimação e solução não pela extensão de direitos iguais ou prestações padronizadas, mas sim pela **discriminação de necessidades específicas** [sem grifos no original], decorrentes da diversidade de situações sociais e culturais. (p. 109).

Ao refletir deste modo, o autor está se referindo ao novos atores sociais bancados pelos Conselhos de Saúde, tal como os grupos de usuários especiais: portadores de deficiências, doentes crônicos, minorias étnicas, orientações sexuais diversas etc.

### 3.3.2 Processo Saúde-Doença

No intento de levar a uma real apreensão do objeto deste trabalho é preciso colocar com cuidado teórico o que aqui se entende como *processo saúde-doença*, objeto sobre o qual, em última análise, de desenvolverá a atuação do controle social.

As políticas públicas de saúde devem estar todas voltadas para a elevação dos níveis de qualidade de vida da coletividade. Isto supõe que a compreensão que se tenha dos fenômenos entendidos como *saúde* e *doença* seja o ponto de partida para o desempenho dos agentes desse controle social.

A formulação mais simplista a respeito destes dois fenômenos e a que predomina no senso comum está ancorada numa abordagem centrada nas (dis)funções do corpo biológico. A saúde e a doença são, nesta perspectiva, manifestações expressivas de anormalidades ocorridas ao nível da anatomia e/ou fisiologia humanas. E ali mesmo, neste nível de localização, são

pensadas as próprias causas do processo de adoecer ou de se manter saudável. Tratar, então, com estas disfunções requer, acima de tudo, habilidades para se fazer os ajustes necessários na "máquina" corporal ou proceder à simples reposição de "peças". As doenças são causadas seja pelo desgaste crônico, seja pela realização inadequada da atividade física requerida para a produção da vida. Dentro deste raciocínio simplista, os agentes terapeutas/curadores colocam para si as exigências de dominar um grande conhecimento especializado sobre os processos metabólicos e físico-mecânicos que dão sustentação à existência cotidiana do corpo humano. É para o exercício desta habilidade que vem sendo formada a maioria dos profissionais de saúde, capitaneados pelo modelo tomado como central que é a figura do médico; os demais profissionais, em que pesem as iniciativas por demarcação de competências específicas, na prática, somente podem dar curso às suas intervenções, basicamente, depois que o médico faz seu diagnóstico, implementa sua própria terapêutica e então sim, encaminha para eventuais ajustes e regulações que serão trabalhados pelos demais profissionais da área. Como se depreende deste panorama sobre a divisão do processo de trabalho entre os trabalhadores de saúde, o alvo das atenções está muito mais dirigido ao indivíduo do que à coletividade, já que os instrumentais à disposição do corpo dos agentes terapêuticos pouco lhes permite interferir com eficácia em situações onde processos do coletivo estão em foco.

É este o quadro que se hoje apresenta com relação às ações assistenciais em saúde. É esta a herança que vem se mantendo, de uma história das práticas sanitárias que já dura quase três séculos. Por outro lado, é preciso considerar que sem o conhecimento do trajeto histórico na construção dessas práticas, fica bastante complicado, senão impossível a possibilidade de uma reflexão e atuação críticas que levem a mudanças na cultura hegemônica do *quê fazer* em saúde.

A historicidade do conceito de causa do processo saúde-doença toma novos e definitivos rumos com a consolidação do capitalismo nas sociedades européias, no século 18. Diversos autores analisam (Donnangelo; Pereira, 1979, Foucault, 1979, Merhy, 1987, Rosen, 1980, Luz, 1982) os vínculos entre o tipo de práticas sanitárias instituídas e os diferentes estágios na relação entre Estado e capital.

Dito de outra forma, é com o advento do capitalismo que as práticas ocidentais em saúde tomam um rumo distinto daquele que vinha sendo exercido desde a antigüidade greco-romana até o final da Idade Média (séculos 14/15).

Até então, as concepções de saúde e doença estavam orientadas pela relação entre corpo, natureza (entendida como meio-ambiente material) e forças místicas. Hipócrates sugeria que a doença seria o resultado da infração das leis naturais e daí pode-se compreender porque o vocábulo *physician*<sup>9</sup> foi tomado para designar o médico na língua inglesa (Landmann, 1989). Na Idade Média a posição da igreja católica leva ao obscurecimento desta noção de saúde/doença, quando afirma que somente Deus seria o grande responsável pela manutenção da ordem natural e social do mundo. Neste contexto, a doença era tomada como um castigo pelos pecados cometidos pelo indivíduo e o papel do médico deveria se limitar aos cuidados do corpo, apenas para aliviar os sofrimentos, já que a cura efetiva seria obra de Deus.

Os alicerces dessa compreensão religiosa foram definitivamente abalados quando os pensamentos de Copérnico (1473-1543), Galileu (1564-1642), Descartes (1596-1650) e Newton (1642-1727) revolucionaram o conhecimento no campo da física e da astronomia. A partir da segunda metade do século 17, portanto, assistia-se ao nascimento da nova *ciência*, com um método original de investigação, propondo a descrição matemática da natureza e o método analítico de raciocínio. Para o novo pensamento científico, a natureza era tratada como uma máquina, nada além disso. A concepção mecanicista foi estendida para os organismos vivos. Esta mudança drástica com relação à imagem do mundo material, tornando-o a partir de então objeto dessacralizado, ao alcance da mão, provocou também um poderoso efeito sobre a atitude dos seres humanos com respeito à natureza. De teocêntrico, o mundo é pensado como antropocêntrico. O ser humano se coloca como protagonista principal da história terrena, antes pensada, comandada e atribuída somente a Deus. *"Emerge neste momento na história, em diversos campos da atividade social, a representação do indivíduo como força criativa independente, como sujeito de mudança, pessoal e social."* (Luz, 1988, p. 17). Confiante em seu novo poder, os seres humanos agora subjagam a natureza e a fazem sua "serva", dela tirando todos os benefícios possíveis para seu proveito na produção da existência. Fica consolidada a afirmação dos seres humanos como proprietários da natureza. O conhecimento

---

<sup>9</sup> A raiz grega do vocábulo *physician* é o termo *physis*, que significa natureza.

científico ao mesmo tempo que impulsiona avanços tecnológicos introduz as condições que vão alterar os valores humanistas, conforme assinala Capra (1995):

A concepção de Descartes sobre os organismos vivos teve uma influência decisiva no desenvolvimento das ciências humanas. A cuidadosa descrição dos mecanismos que compõem os organismos vivos tem sido a principal tarefa dos biólogos, médicos e psicólogos nos últimos trezentos anos. A abordagem cartesiana foi coroada de êxito, especialmente na biologia, mas também limitou as direções da pesquisa científica. O problema é que os cientistas, encorajados por seu êxito em tratar os organismos vivos como máquinas, passaram a acreditar que *estes nada mais são que máquinas*. As conseqüências adversas dessa falácia reducionista tornaram-se especialmente evidentes na medicina, onde a adesão ao modelo cartesiano do corpo humano como um mecanismo de relógio impediu os médicos de compreender muitas das mais importantes enfermidades da atualidade. (p. 57).

A criação do estatuto científico institui a ordem da *racionalidade* na compreensão do mundo e do universo. Não é uma forma a mais de conhecer, mas sim *a* forma por excelência, nas palavras de Luz (1988)

A ciência moderna é mais que uma forma de "desvendamento" do mundo. Ela é, sobretudo, uma forma de *ordenação* do mundo. Trata-se, é verdade, *também* de decodificações de significados, mas *principalmente* de atribuição de ordens de sentido, através da prática sistemática de um conjunto de operações, a ser seguidos na ordem lógica e na prática dos gestos, e que constituem o *método*. (p. 29).

Em seu livro *Epidemiologia, economia, política e saúde*, um clássico da epidemiologia social sul-americana, Jaime Breilh (1991) vai pontuando fases históricas no desenvolvimento do capitalismo, evidenciando o papel do Estado e a adoção de determinadas práticas sanitárias consentâneas ao modo de produção de cada período, ao mesmo tempo em que aponta as estruturas teóricas de compreensão do processo saúde-doença que davam sustento àquelas práticas.

Retomando, portanto, a análise no viés das relações entre capital e saúde, ou mais apropriadamente entre capital e práticas hegemônicas de assistência à saúde, vê-se que no período de transição pré-capitalista a capitalista, dos séculos 14 a meados do século 17, quando se coloca a situação de crise do modo de produção feudal e o aparecimento de formas burguesas, o Estado assume pela primeira vez uma organização centralista e soberana,

ancorado num sistema jurídico de conteúdo abstrato e geral que supostamente representava o interesse coletivo. Esta característica já foi assinalada ao se resgatar aspectos do processo histórico na formação da esfera pública, como visto anteriormente (ver páginas 9 a 16). A época que se segue no desenvolvimento do capitalismo é denominada de período da livre concorrência, período que vai requerer a formação de um novo tipo de disciplina produtiva e social, necessária para amoldar o desempenho das pessoas ao novo formato que adquirem o trabalho e os modos de viver. Num primeiro momento desta fase da livre concorrência a característica é a da manufatura, com o operário em processo de coletivização, isto é, deixando de ser aquele artesão que elabora e termina o produto individualmente, para ser encaixado na realização de tarefas parciais. Depois, segue-se uma segunda fase da livre concorrência que é a do surgimento das grandes indústrias. *"Na manufatura o princípio da divisão de trabalho era subjetivo, quer dizer, o processo tinha que adaptar-se aos tempos e capacidade dos operários, [...] em troca, na grande indústria, é a maquinaria que impõe seus princípios objetivos de ordenação do processo."* (Breilh, 1991, p. 77). Durante este período relativamente longo, da manufatura ao surgimento das indústrias, o capitalismo se serve, no campo da saúde, de uma nova instituição, a **polícia médica**. Para dar conta das mudanças no modo de produção é preciso garantir a formação de um novo tipo de disciplinamento produtivo e social. Para garantir essa vigilância sobre a vida do trabalhador surge a polícia médica, *"que constitui a tendência médica predominante, baseada na adoção de um enfoque coletivo ou de dimensão social e aplicado no sentido normatizador."* (Breilh, 1991, p. 76).

A disposição das práticas médicas, cientificamente ordenadas e ordenadoras, são agora utilizadas intensivamente pelo sistema capitalista para otimizar a produção e garantir níveis de lucratividade nunca antes conseguidos. Este fenômeno só foi possível, é verdade, com as mudanças provocadas com a advento da revolução científica. É ainda Luz (1988) que ajuda a entender os efeitos contraditórios da revolução *racionalista* sobre a cultura da época:

A racionalização moral da sociedade se fez [...] também por um processo *ordenatório*, objetivante, como nas ciências físicas, embora não matematizante. O processo ordenatório age sobre a vontade e realiza-se através da *classificação* e *programação* moral dos hábitos, sentimentos e práticas sociais, envolvendo seja aspectos da vida em comum (pública), seja da vida privada entre sujeitos, dando, assim, origem a certas *categorias* do social. A "categorização" moral na sociedade moderna resulta na constituição de diversos sujeitos sociais, tais como: a *criança*, o *jovem*, o *velho* - que envolvem as gerações e suas relações mútuas -, *mulheres casadas*, *solteiras*, *viúvas* (ou velhas e jovens) que envolvem a ordenação

da mulher como sexo subordinado na sociedade burguesa. Os sujeitos sociais ordenados pela *classificação* da racionalidade social são *objetos* de um projeto de construção moral, para o exercício de uma conduta "razoável", isto é, de uma vontade orientada por princípios racionais. [...] Desenvolve-se uma verdadeira religião naturista originária da racionalidade das ciências físicas. Por outro lado, essas *razões* têm certos alvos políticos comuns, no que concerne à sociedade: classificar e ordenar as relações sociais segundo certos princípios *sadios* física e moralmente; educar as paixões e os sentimentos, moldar os caracteres, controlar os "apetites" mais impetuosos, e que são variados. (p. 62, 64).

Como se vê, trata-se do disciplinamento necessário à ordenação que o novo modo de produção requer. No Brasil, os efeitos de uma tal "visão" de mundo também se fazem sentir. Isto fica bem claro, mais uma vez, nas palavras de Madel Luz (1982):

A medicina é, desde suas origens institucionais na sociedade brasileira do século 19, nitidamente, não só uma forma de conhecer - através do organismo humano - o corpo social, mas também uma forma específica de intervir politicamente neste corpo. Trata-se de cuidar não só da saúde dos cidadãos, mas também da saúde das cidades. As regras de higiene propostas, as normas de moral e costumes prescritos, sexuais, alimentares, de habitação e de comportamentos sociais fazem parte, desde a constituição do primeiro império brasileiro, da maioria das propostas que os médicos submetem ao Estado, do qual são consultores, assessores, conselheiros, críticos. (p. 13). A medicina desenvolverá projetos e modelos institucionais que buscam no controle do Estado uma estratégia de dominação, de controle médico do conjunto da sociedade. A medicina proporá, através de seus agentes, os médicos, uma terapia, uma resposta, uma explicação para cada situação, principalmente quando a ordem social estiver em jogo. (p. 33)

Fica assim mais fácil compreender como se coloca a necessidade do papel de uma polícia médica como caução do Estado para o desenvolvimento do capitalismo e as condições objetivas da época que "facilitam" essa implantação.

Foi por volta de 1870, já chegando ao final do século 19, que se colocam as condições para o surgimento do capitalismo monopolista que se caracteriza, no início, pela formação de corporações e, depois, na consolidação de cartéis industriais e trustes bancários (Breilh, 1991). Segundo ainda este mesmo autor, as modernas demandas da produção levam ao investimento de grandes somas, por parte de grupos financeiros poderosos, para a pesquisa em universidades, especialmente norte-americanas, cujos objetivos explícitos se dirigem para o

estudo dos riscos industriais e processos fisiológicos relacionados ao melhor rendimento do operário. Por outro lado, o avanço das ciências experimentais, como a biologia, a anatomia, a fisiologia e a patologia clínica, ocorrido durante o século 19, de modo contraditório levam a medicina a um progressivo abandono das disciplinas das áreas humanas, para valorizar as disciplinas técnicas. É nos Estados Unidos - onde se produz um crescente processo de industrialização - que vai ocorrer um fato significativo para consolidar a mudança no caráter da medicina, impondo a hegemonia do modelo biomédico. Trata-se da Reforma de Flexner<sup>10</sup>, reforma que orientou o reducionismo da prática médica aos aspectos clínico-individuais (Rizzotto, 1999).

Estas iniciativas, em seu conjunto, vão provocar resultados muito concretos, possibilitando uma afinação cada vez maior entre práticas sanitárias e modo de produção capitalista. Desta forma, conclui Breilh (1991),

consolidou-se assim uma nova era para a medicina que [...] abriu o prolongado parêntese de predomínio biológico e cientificista. O 'modelo' científico-hospitalar, em muitos países, alcançou sua máxima articulação com as necessidades do modo de produção capitalista por meio dos grandes hospitais da Segurança (*leia-se Previdência*) Social. Operando com enormes instrumentos de conciliação, começaram a absorver por igual as demandas dos operários, que reclamavam por melhores condições de saúde, e as solicitações do capital, para que se reparasse a sua força de trabalho lesada. (p. 80) [observação em itálico minha].

Na seqüência, o crescimento do capitalismo se vê diante de limitações nos territórios centrais (Europa e Estados Unidos), quando esbarra no esgotamento da capacidade de ampliar mercados. A expansão imperialista do capital se impõe, então, como estratégia de revitalização e avança para outros continentes: Ásia, África e América Latina. Nestas terras tropicais e de climas diferenciados existem elementos naturais desconhecidos que, ao lado de condições sociais também diferentes, podem provocar enfermidades. Mais uma vez o interesse

<sup>10</sup> A Reforma Flexner ficou conhecida como aquela que trouxe uma série de propostas de cunho positivista e liberal para a prática médica nos EUA, com a intenção de elitizar seu exercício. Foi proposta com base no relatório feito por Abraham Flexner, publicado em 1910. Os princípios dessa reforma foram: "introdução do ensino em laboratório; expansão do ensino clínico em hospitais; a ênfase na pesquisa biológica, como forma de superar a 'era empírica' do ensino médico; o estímulo à especialização médica e o controle do exercício profissional, pela categoria organizada." (Mendes, 1984, p. 30).

central do capital na busca de maior produtividade leva-o a financiar pesquisas e estudos sobre as doenças infecciosas como uma das soluções mais baratas e adequadas para enfrentar os problemas do momento. Cria-se, portanto, uma situação muito bem anotada por Breilh (1991):

E assim se decidiu formar, com o respaldo técnico e financeiro dos grandes monopólios, as escolas e institutos de investigações microbacteriológicas. A premissa oculta deste tipo de desenvolvimento da medicina foi, e continua sendo, que a agressão ao homem por parte de causas supostamente naturais exime de toda responsabilidade a organização social dominante [sem grifos no original]. Na etapa do apogeu da medicina cientificista, os hospitais, laboratórios e institutos foram o reduto da 'real academia' para um acelerado processo de produção científica que, consciente ou inconscientemente, subordinou, ainda, os mais renomados cientistas ao projeto burguês. (p. 81).

Com esta etapa, os progressos científicos colaboram na consolidação de um princípio explicativo para o processo saúde-doença, que é a lógica do enfoque *unicausal*, isto é, a adoção da idéia de que os germes ou os transtornos mecânico-funcionais são a causa única das doenças. Este tipo de explicação como causalidade dos agravos à saúde vai ser muito conveniente para os propósitos do capitalismo. Mais uma vez Breilh (1991) esclarece as relações que estão em pauta neste momento:

O capitalismo logrou assim mistificar a saúde-doença, escondeu debaixo do tapete da unicausalidade a mais ampla epidemiologia virchowiana<sup>11</sup> deu maior impulso e elevou ao primeiro plano a oferta de serviços clínicos como dócil mercadoria de fácil e eficiente circulação e reduziu a epidemiologia ao papel secundário de recopiladora de estatísticas coletivas, acumuladas sob o enfoque naturalista, mediante os sistemas de notificações de hospitais, laboratórios, institutos e locais improvisados nas vizinhanças das plantações de café, seringueiras, banana ou nas cercanias dos complexos mineiros. (p. 94).

Por um longo período, e fazendo seus efeitos persistirem até hoje, a explicação unicausal do processo saúde-doença orientou a produção teórica no campo da saúde e serviu

<sup>11</sup> *Epidemiologia virchowiana* é uma alegação às teses de Rudolf Virchow, formuladas ainda na fase pré-monopolista do capital (ao redor de 1848, na Alemanha). Virchow fundamentava seu pensamento em dois princípios: "a) que a saúde do povo é um assunto que concerne à sociedade como um todo; b) que as condições econômicas e sociais têm um importante efeito sobre a saúde e a doença, sustentando que essas relações devem submeter-se à investigação científica." (Breilh, 1991, p. 89). Por isto, ele é considerado um anticontagionista, em oposição à teoria daqueles que consideravam que a doença "vem de fora", requer quarentena e o exercício administrativo da burocracia.

como sustentação para as ações assistenciais, tanto sobre o indivíduo como sobre as coletividades, principalmente aquelas dos países explorados pelo crescimento imperialista, processo este capitaneado pela poderosa burguesia norte-americana. Os grandes monopólios criaram fundações e por meio delas financiaram projetos para erradicação das doenças tropicais mais difundidas, sempre com o interesse na proteção dos níveis de produtividade das unidades produtivas montadas nas novas colônias. Por trás da aparência humanitária e científica de tais iniciativas do imperialismo central, apoiadas evidentemente por capitalistas nativos/crioulos, se escondia uma racionalidade profundamente utilitária (Breilh, 1991).

O processo sempre contraditório de crescimento do regime capitalista, no entanto, vai provocar novas mudanças, tanto nos países centrais como nos colonizados, indicando claramente o esgotamento das práticas até então vigentes. São mudanças com características bastante diferenciadas entre aqueles dois níveis de sociedades - centrais e periféricas - mas que basicamente dizem respeito, nos primeiros, à necessidade da presença de um Estado com poder intervencionista e corretivo, capaz de administrar os problemas gerados pela exploração e exclusão inerentes ao sistema produtivo. Nasce desta forma, nos países centrais, o Estado de Bem-Estar Social, cujo processo de formação não será objeto específico de análise neste trabalho. Por outro lado, o desenvolvimentismo a qualquer preço estimulado nas economias periféricas, como a brasileira, gerou grandes problemas sociais. Um deles foi a produção de enormes contingentes de mão-de-obra desempregada ou subempregada, uma vez que o processo produtivo não garantiu as melhorias básicas de vida, como a educação, alimentação e moradia. Pulando as etapas de uma capitalização agrícola, passou-se à produção de bens de consumo apenas para os setores populacionais de grande capacidade aquisitiva. Foi na década de 60, especialmente na América Latina, que surgem os sintomas de uma grande inquietação frente ao papel do setor saúde com relação ao quadro social de crescente exclusão.

As concepções e práticas sanitárias, como consequência deste cenário, são levadas outra vez a uma mudança de rumo. Passa-se a admitir a influência do "social" no processo saúde-doença, conforme Breilh (1991):

A relação dialética entre uma maior intervenção estatal e as épocas de crise [...] é a base para a compreensão do surgimento, durante a década de sessenta, de uma renovada preocupação do Estado para planificar a saúde, introduzir novas modalidades de prática e, coerentemente, buscar a aplicação de concepções sobre a saúde-doença aberta ao "social". [...] A abertura

"social" ou visão mais ampla do chamado conceito etiológico plasmou-se na teoria da multicausalidade. (p.103,104).

Agora, o processo saúde-doença já pode ser pensado com base na idéia de uma *multicausalidade* e o raciocínio da prevenção ganha terreno. O "novo" discurso preventivista, na verdade, não toca nas questões de fundo que dizem respeito a uma real determinação social do processo saúde-doença. A multicausalidade admite que há influências externas que provocam saúde ou doença nos indivíduos. Os fatores sociais são reconhecidos como responsáveis pelas alterações nos perfis de saúde das populações, produzindo condições favoráveis a que os agentes patogênicos se instalem nos corpos de hospedeiros. Este tipo de pensamento, como pontua Breilh (1991), encaixou-se oportunamente às necessidades objetivas da época. Utilizando o exemplo da tuberculose, e para reduzir a níveis toleráveis as taxas da doença, agora tinha-se apenas que construir a rede de causalidade da patologia e identificar um componente que tivesse papel importante no desenvolvimento da doença e tratar de reduzi-lo. No caso da tuberculose, requeria-se medidas quimioterápicas maciças, ou inclusive discretas melhorias nas áreas residenciais e outras medidas desenvolvimentistas. Esta é a lógica que sustenta, por exemplo, a teoria da "história natural da doença", proposta por Leavell e Clark<sup>12</sup>, de base positivista, e que incorpora princípios da ecologia para elaborar um método de interpretação mais abrangente e dinâmico. No entanto, a idéia de uma história natural das doenças é *"a mistificação mais refinada que o capitalismo produziu acerca do processo saúde-doença."* (Breilh, 1991, p. 106).

Como se pode avaliar, na "nova" visão "social", esta dimensão (o social) é mitificada, reduzida ou simplificada de forma a surgir como meio-ambiente onde existem agentes causais e não como uma sociedade histórica concreta - fruto das relações de produção - que vai determinar, em classes sociais diferentes, diferentes estados de saúde e doença (Scorel, 1998). A consciência ecológica, como passa a ser denominada por alguns autores (Arouca, 1975; Laurell, 1983; Breilh, 1991), torna-se atrativa para muitos profissionais "progressistas",

<sup>12</sup> Desenvolvida por Leavell e Clark em 1995, nos EUA, o conceito de "história natural das doenças" tenta relacionar homem (hóspede), agente (vírus, bactéria) e meio (cultura, salário, raça, etc.). O meio é tratado quase como um ser de categoria natural, escondendo as profundas diferenças de classe que resultam de uma organização produtiva que disponibiliza os bens gerados de forma muito desigual entre os seres humanos. (para uma compreensão melhor, ver Breilh, 1991, p. 108-115).

pois, na medida em que permite manejar uma série de variáveis que empiricamente demonstram ter relações com o processo saúde-doença, cria a *"falsa sensação de que sua relativa eficiência dentro das linhas do sistema capitalista reflete um conhecimento verdadeiro do problema."* (Breilh, 1991, p. 113). Pode-se ainda acrescentar a esta crítica feita ao raciocínio multicausal as palavras de Laurell (1983) ao salientar que

a limitação mais imediata do modelo multicausal, sem dúvida reside em sua redução da realidade complexa a uma série de fatores que não se distinguem em qualidade e cujo peso no aparecimento da doença é dado por sua distância dela. Assim, conceituada a causalidade, o social e o biológico não se colocam como instâncias distintas, pois ambos são reduzidos a 'fatores de risco', que atuam de maneira igual. (p. 154).

No esquema seguinte busca-se melhor visualizar as etapas do desenvolvimento capitalista e o pensamento respectivo no campo da saúde:

**QUADRO 2 - Características centrais do capitalismo hegemônico em diferentes épocas e tendências da prática médica oficial**

PERÍODOS	PROCESSO GERAL	TENDÊNCIAS DA PRÁTICA MÉDICA
<p><i>ABSOLUTISMO</i> (séculos 14, 15 e 16)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Crise maior do modo de produção feudal; enfrentamento entre a nobreza (ainda politicamente dominante) e a burguesia (forte na economia); o Estado toma para si papel central e soberano, com base num sistema jurídico escrito, de conteúdo abstrato e geral, dizendo-se representante do interesse coletivo; a burocracia como sistema colocado acima dos interesses de classe.</li> </ul>	<p>MEDICINA EMPÍRICA (centrada no indivíduo; transição entre um enfoque que considerava os relatos do paciente e suas sensações subjetivas para um enfoque de caráter puramente <i>objetivo</i>, com base num conceito mecânico reducionista do corpo humano)</p>
<p><i>LIVRE CONCORRÊNCIA:</i></p> <p>- Manufatura (século 16 à primeira metade do século 18)</p> <p>- Grande indústria (segunda metade do século 18 até meados do século 19)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Colapso do sistema feudal, principalmente da agricultura; predomínio das manufaturas, com a formação do operário coletivo; consolidação do poder burguês.</li> <li>• Mecanização industrial; aparecimento da ciência e tecnologia como forças produtivas autônomas; exacerbação da avidez pelo prolongamento da jornada de trabalho, afim de aumentar a produtividade; intensa deterioração da força humana de trabalho (mulheres e crianças); acelerado processo de urbanização; controle legislativo para organizar novos padrões de vida e produção material; movimentos sociais.</li> </ul>	<p>POLÍCIA MÉDICA (colabora para amoldar o desempenho das pessoas às novas ordens de trabalho e modos de viver; adota um enfoque coletivo e o aplica num sentido <i>normatizador</i>)</p> <p>POLÍCIA MÉDICA</p>
<p><i>CAPITALISMO MONOPOLISTA:</i></p> <p>- Formação de monopólios (1870-1900)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Formação de corporações, cartéis e trustes; movimentos com intuito de limitar a jornada de trabalho e incrementar a produtividade.</li> </ul>	<p>MEDICINA CIENTÍFICA (centrada no hospital, institutos de investigação e laboratórios, modelo reforçado pela <i>Reforma Flexner</i>)</p>

<p>- Fase posterior: imperialismo (1920-1950)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Para tanto, estimula-se a investigação de fisiologia e eficiência da "máquina corporal" e rápida recuperação da força de trabalho enferma</li> <li>• Avanço tecnológico; aumento da condição orgânica do capital e do volume médio das unidades produtivas</li> <li>• Conquista de novos territórios econômicos e expansão de mercados</li> </ul>	<p>MEDICINA CIENTÍFICA (teoria da <i>unicausalidade</i> das doenças)</p>
<p><i>CRISE DO IMPERIALISMO</i> (final dos anos 60 e década de 70)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Grande crise do imperialismo com severas repercussões políticas na América Latina; crise fiscal; inflação; condições para concentração do poder do Estado, intensificando o intervencionismo e controle pelo mesmo; crise agrícola no Terceiro Mundo; desemprego e subemprego maciços; alto grau de consciência política popular</li> </ul>	<p>MEDICINA COMUNITÁRIA (teoria da <i>multicausalidade</i>; "história natural da doença", preventivismo)</p> <p>(NOVA POLÍCIA MÉDICA)</p>
<p><i>CRESCIMENTO DO CARÁTER NEOLIBERAL</i> (1980-2000)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ataques contra o Estado do Bem Estar Social; menos investimentos em gastos sociais; privatização dos serviços públicos (previdência, saúde, educação etc.); flexibilização dos contratos de trabalhos e quebra dos direitos trabalhistas; mercantilização da educação e da saúde</li> </ul>	<p>MEDICINA DE BASES TECNOLÓGICAS (<i>intensificação das intervenções</i> cirúrgicas com novos processos, considerados menos invasivos; aparelhos para diagnóstico; consumo elevado de medicamentos; terapias genéticas etc.)</p>

Fonte: adaptação parcial própria, a partir de Breilh (1991, p. 74-75)

Em que pesem as inovações no discurso explicativo sobre o processo saúde-doença, como a inclusão de fatores sociais na sua produção, o caráter cientificista<sup>13</sup> hegemônico das práticas de saúde continua se mantendo. A deterioração nos níveis de vida das populações, em quase toda a América Latina, evidenciando as profundas desigualdades sociais e injustiças estruturais no acesso e distribuição dos bens e serviços, faz nascer um pensamento crítico em saúde, que encontra sua expressão mais radical em autores como Asa Cristina Laurell, no México, Jaime Breilh, no Equador, Juan César Garcia (OPAS - Organização Pan-Americana de Saúde), além de outros notáveis pensadores como são, no Brasil, os nomes de Cecília Donnangelo, Carlos Gentile de Melo, Sérgio Arouca etc. A sua produção científica estabelece as bases para o pensamento que investiga a *determinação social* do processo saúde-doença, servindo de lastro para os movimentos como da medicina social e da epidemiologia social. Com orientação marcadamente marxista, na perspectiva do materialismo histórico dialético, as análises críticas estão dirigidas para as estruturas sócio-econômicas dos países latinos em sua dinâmica interna, e nas relações destes com os países mais ricos. A esse respeito, Laurell (citada por Escorel, 1998), argumenta da seguinte maneira:

O novo enfoque, histórico-estrutural, foi desencadeado a partir do conhecimento da fragilidade, incorreção e fragmentação com que vinham sendo analisadas as relações saúde e sociedade. Esta reflexão crítica sobre a medicina nos países latino-americanos surgiu como resposta a quatro grupos de fatos:

- a) da observação de que a posição de classe explica muito melhor que qualquer outro fator biológico a distribuição da doença na população e o tipo de patologia dominante;
- b) do equívoco da suposição "desenvolvimentista" de que as condições de saúde coletiva melhorariam como resultado automático do crescimento econômico;
- c) da percepção de que o desenvolvimento da atenção médico-hospitalar não implicou num avanço substancial na saúde dos grupos cobertos por ela;
- d) da noção de que a distribuição destes serviços entre os diferentes grupos e classes sociais - que está em relação inversa às necessidades de cada um, não depende de considerações técnicas e científicas, mas, principalmente, de considerações econômicas, políticas e ideológicas. (p. 26).

A teoria da determinação social da saúde-doença, como já foi assinalado, foi elaborada

<sup>13</sup> *Cientificismo*, "ou seja, a concepção positivista de uma ciência universal, empírica, atemporal e isenta de valores" (Garcia, citado por Escorel, 1998, p.26).

a partir da abordagem marxista da problemática da saúde. Ela incorpora uma revisão na compreensão dos fenômenos sanitários, que adota as análises econômicas, a historicidade do conceito saúde-doença, o processo de trabalho, a discussão do poder médico e da medicalização. O campo da saúde, tradicionalmente auto-explicado dentro dos limites das ciências biológicas, conforme se viu nos parágrafos anteriores, passa a integrar em suas análises o conhecimento das ciências sociais: a sociologia, a antropologia, a ciência política, a economia etc. Passa-se a constituir uma nova área de conhecimento denominada de *saúde coletiva*.

O novo pensamento crítico entende que os processos biológicos e psíquicos sofrem sob os efeitos da história social a que são submetidos corpos e subjetividades. Em outras palavras, a saúde e a doença dos corpos e mentes apresentam perfis que se modificam segundo as condições sociais em que a produção da vida é organizada.

O aprofundamento teórico sobre a determinação social do processo saúde-doença encontra nos trabalhos de Asa Cristina Laurell uma das melhores contribuições. A autora demonstra que o caráter histórico da doença não é conferido pelo estudo de suas características nos indivíduos, mas sim quanto ao processo que ocorre nas coletividades humanas, em determinadas formações sócio-históricas. A natureza social da doença não se verifica no caso clínico, mas no modo característico de adoecer e morrer nos *grupos* humanos. O processo biológico estudado no indivíduo não revela, de imediato, o social. Da mesma forma, para se chegar ao caráter social dos processos patológicos não se pode estudar *qualquer* grupo humano, mas sim *"um construído em função de suas características sociais, colocando somente em segundo lugar as características biológicas."* (Laurell, 1983, p. 150). Continua a autora observando que *"o grupo não adquire relevância por ser constituído por muitos indivíduos em vez de apenas um, senão enquanto nos permite apreender a dimensão social propriamente dita deste conjunto de indivíduos que, assim, deixam de ser entes biológicos justapostos."* (Laurell, 1983, p. 151). Este alerta tem sentido quando a mesma autora faz a crítica ao modo funcionalista com que muitos pesquisadores em saúde procedem, afirmando que eles *"... geralmente, estudam os grupos tal como se revelam espontaneamente aos olhos do investigador. Assim, escolhem a população hospitalar, os residentes de determinadas zonas habitacionais, um grupo educacional, todos grupos circunstanciais ou selecionados*

*arbitrariamente. [...] já que seu sistema de estratificação social é de caráter essencialmente subjetivo.*" (p. 151).

Laurell (1983) não menospreza, evidentemente, os fatores biológicos na conformação do processo saúde-doença, mas salienta o modo como estes estão articulados no processo social. Para ser mais preciso, observa ainda a autora, o próprio processo biológico humano é social:

*É social na medida em que não é possível determinar qual é a duração normal do ciclo vital, por ser ele diverso em diferentes épocas. Isto leva a pensar que é possível estabelecer padrões distintos de desgaste-reprodução, dependendo das características da relação entre o homem e a natureza. Se desta maneira a "normalidade" biológica define-se em função do social, a "anormalidade" também o faz.... [...] O caráter simultaneamente social e biológico do processo saúde-doença não é contraditório, porém unicamente assinala que pode ser analisado com metodologia social e biológica, ocorrendo, na realidade, como um processo único.* (p. 152).

A partir destas bases, Laurell (1983) propõe que o estudo do padrão de desgaste e do tipo de patologia e sua distribuição nos grupos definidos por suas características sociais também possibilita a produção de conhecimento sobre a determinação desses processos e de como explicá-los. Diz a autora que *"o estudo concreto se realiza nos indivíduos que o compõem (o grupo), porém a interpretação dos dados não se dá em função de cada caso, mas do conjunto deles. Ou seja, a construção do grupo significa considerá-lo em seu caráter propriamente social, isto é, pelo modo como se relaciona com o restante dos grupos no processo de trabalho da sociedade."* (p. 153).

Finalmente, reconhece ainda Laurell (1983) que há desafios epistemológicos importantes para pensar a relação profunda entre o processo social e o processo saúde-doença, *"porque temos, por um lado, o processo social e, por outro, o processo biológico, sem que seja imediatamente visível com um se transforma no outro. Na verdade, enfrentamos uma "caixa negra", na qual o social entra de um lado e o biológico sai de outro, sem que se saiba o que ocorre dentro dela. Esse é, talvez, o problema mais candente para a explicação causal social do processo saúde-doença."* (p. 156).

De qualquer forma, o pensamento social sobre a saúde e a doença torna evidente como cada formação social cria determinado padrão de desgaste e reprodução e fundamenta muito

claramente a responsabilidade do Estado neste campo. O conhecimento sobre a gênese destes processos pode balizar a direção política e as prioridades tecnológicas e ações concretas a serem assumidas pelos serviços de saúde, isoladamente, ou em parceria com outros setores da administração pública.

É com este instrumental teórico que vai se construir parte do pensamento crítico que deu impulso ao movimento da Reforma Sanitária no Brasil, propondo um novo arranjo jurídico-institucional para as ações de saúde e aliando uma crítica ao modelo econômico capitalista, agora já sendo pensado pelas elites em seu formato neoliberal.

A mesma linha teórica foi compartilhada por Egry; Shima (citadas por Egry, 1994), de cuja reflexão empresto o seguinte conceito de processo saúde-doença:

processo histórico, dinâmico, isto é, determinado pela forma como cada indivíduo se insere no modo de produção dominante na estrutura social a que pertence, conferindo a cada indivíduo peculiares condições materiais de existência. É a síntese da totalidade das determinações que operam sobre a qualidade de vida social e está articulada aos aspectos econômicos, políticos, sociais, de relacionamento familiar, de responsabilidade humana. O processo saúde-doença aproxima o 'pólo' doença não apenas dos sofrimentos físicos mas também dos psíquicos, morais e éticos. Além disso, tem relação com a capacidade vital, perfil de morbidade e de mortalidade, articulando-se ao processo de desenvolvimento e crescimento do indivíduo. Ele não se expressa numa progressão linear, mecânica, que vai de um pólo (saúde) a outro (doença), mas sim através de um constante vai-e-vem em espiral, o que evidencia o caráter dinâmico de permanente alteração dos fatos/fenômenos vinculados à saúde-doença. O processo saúde-doença não é um processo individual (exclusivamente, de origem e fim), tampouco se refere exclusivamente à dimensão biológica do Homem. É um processo particular de uma sociedade que expressa, no nível individual, as condições coletivas de vida resultantes das características concretas dos perfis de produção: os processos de trabalho (que são as expressões individuais do modo de produção da sociedade), os perfis de consumo e as conseqüências destes perfis nas diferentes formas de vida que se articulam às correspondentes condições favoráveis de saúde e sobrevivência assim como as condições desfavoráveis, isto é, os riscos de adoecer e morrer. (p. 75).

As bases teóricas da determinação social do processo saúde-doença lamentavelmente pouco foram incorporadas na formação de recursos humanos em saúde e, da mesma forma, pouco serviram para produzir uma mudança eficaz no modelo assistencial. Esta dificuldade pode ser explicada como resistência ideológica das instituições em assimilar e incorporar efetivamente as premissas de um pensamento social crítico. Tal compromisso resultaria, inevitavelmente, na explicitação das contradições que se estabelecem entre o atual modelo neoliberal assumido pelo Estado na condução das políticas públicas e os desejados níveis de

melhoria da qualidade de vida de toda a população. Não são muitos os profissionais preparados ou dispostos à tarefa de promover este compromisso, já que ela exige não somente um grande esforço teórico para elucidar as principais questões da problemática em saúde, mas principalmente por que ela pede engajamento e participação permanente nos diversos fóruns públicos, institucionais ou não, onde o debate político deve conduzir a decisões radicais sobre as eleições de prioridades no campo da saúde.

## 4 ETAPAS DO TRABALHO DE CAMPO

### 4.1 O CENÁRIO DA PESQUISA

Pontal do Paraná é um município com apenas 3 anos de existência, localizado na região litorânea do Estado do Paraná e pertencente à área de abrangência da 1ª Regional de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde, ao lado dos municípios de Paranaguá, Morretes, Antonina, Guaraqueçaba, Matinhos e Guaratuba.

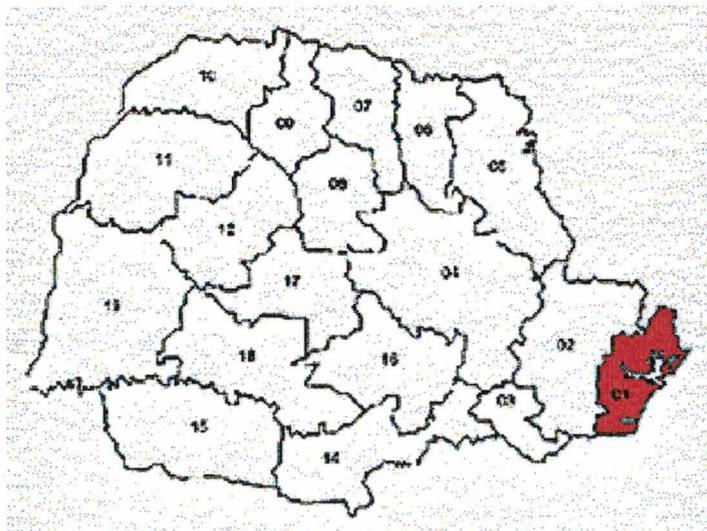


Figura 1: Estado do Paraná com a 1ª Regional de Saúde em destaque vermelho



Figura 2: Municípios Integrantes da 1ª Regional de Saúde

Pontal do Paraná possui um território geográfico que se estende pela faixa litorânea norte do Estado do Paraná, indo da Praia de Monções à Praia de Pontal do Sul, compreendendo, além, dessas duas localidades, as praias de Leste, Canoas, Sta. Terezinha, Ipanema, Grajaú, Shangrilá, Barrancos e Atami, entre outros balneários menores.

O distrito de Pontal do Sul, área de interesse para este estudo, compreende, atualmente, os “bairros” conhecidos como Pontal do Sul I (centro) e II (arredores do Iate Clube), Mangue Seco (confina com Pontal do Sul II), Barrancos, Vila Nova, Vila dos Pescadores e Cachaçal.

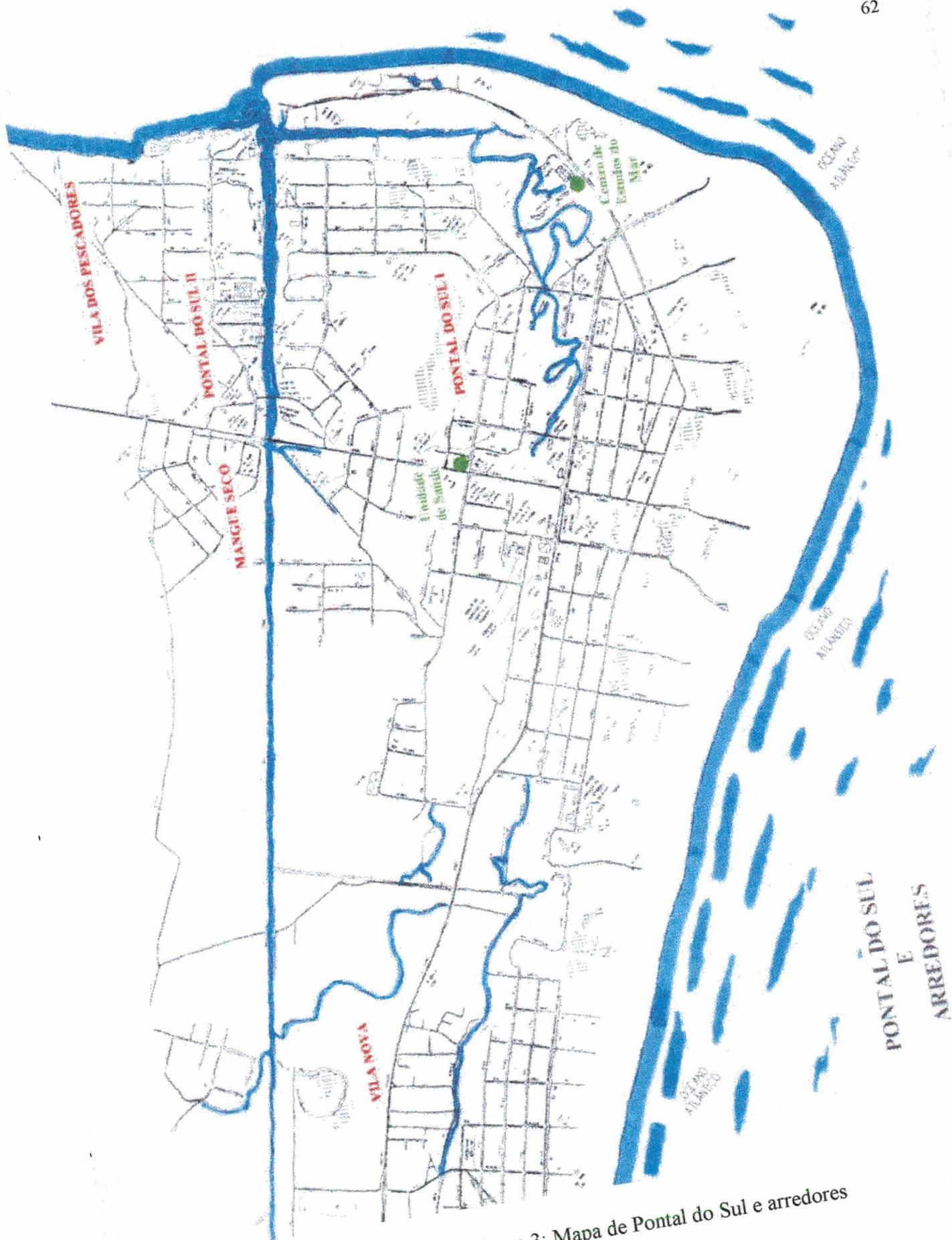


Figura 3: Mapa de Pontal do Sul e arredores

Rocha (1997) informa que à época da emancipação política de Pontal do Paraná da jurisdição de Paranaguá, ocorrida em 1997, o município dispunha de apenas dois (2) postos de saúde, além de grande deficiência em saneamento básico e abastecimento de água, bem como apresentava falta de assistência hospitalar e aos casos de emergência. Grande parte da arrecadação do IPTU (imposto predial e territorial urbano) de Paranaguá, cerca de 51%, provinha dos balneários da região, e o movimento separatista reclamava não ter o retorno necessário em infra-estrutura social para a sua região. As deficiências na área da saúde foram uma das principais bandeiras no movimento de emancipação de Pontal do Paraná.

Pontal do Paraná ainda se encontra, como se conclui dessas informações, numa fase que poderia ser qualificada de “instalação” do seu sistema municipal de saúde. A municipalidade, atualmente, tem sob sua responsabilidade uma rede de cinco (5) Unidades de Saúde para atender a uma população com cerca de 10.118 habitantes<sup>14</sup>. Como todos os pequenos municípios brasileiros, Pontal do Paraná tem encontrado dificuldades orçamentárias para atender com competência as necessidades sociais, especialmente do setor saúde.

A Unidade de Saúde de Pontal do Sul está localizada no bairro central (Pontal do Sul I), constituindo-se no único serviço de atenção à saúde dos moradores daquele balneário, contado tanto entre serviços públicos como privados. Até a emancipação, esta unidade de saúde era gerenciada pela Prefeitura de Paranaguá, passando depois a ser integrante da rede de unidades municipais de saúde.

#### 4.2 SUJEITOS DA PESQUISA E INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

Para definir os sujeitos da pesquisa, coloquei-me a seguinte questão: *quais indivíduos sociais têm uma vinculação mais significativa com o problema a ser investigado?* Minayo (1993) pondera que em pesquisa qualitativa o critério não é numérico, portanto a "amostra" deve: privilegiar os sujeitos sociais que detêm os atributos que o investigador pretende

---

<sup>14</sup> Pontal do Paraná, a exemplo hoje da uma expressiva maioria dos municípios brasileiros, é um município de população marcadamente urbana, já que dos seus 10.118 habitantes, 9.884 (97,6%) vivem em zonas urbanas e apenas 234 (2,4%) em áreas consideradas rurais.

conhecer; considerá-los em número suficiente para permitir uma certa reincidência das informações; levar em conta que o conjunto de informantes possa ser diversificado para possibilitar a apreensão de semelhanças e diferenças; buscar o “locus” e o grupo de informação que contenha o conjunto das experiências que se pretende objetivar com a pesquisa. No caso presente, não tenho necessariamente uma amostra, mas sim o que chamaria simplesmente de sujeitos da pesquisa, uma vez que foram consultadas *todas* as organizações de moradores de Pontal do Sul.

Portanto, de acordo com estas orientações, defini como objeto para abordagem as entidades civis de Pontal do Sul, no município de Pontal do Paraná. Utilizando-me basicamente de entrevistas semi-estruturadas na abordagem com estas entidades, busquei complementar minha investigação com a observação do meio-ambiente em que se deram os contatos. Para Minayo (1993) as entrevistas se constituem em instrumento privilegiado de coleta de informações pois as falas registradas podem ser reveladoras de condições estruturais, de sistemas de valores, normas e símbolos, além de, através de porta-vozes, revelarem representações de grupos determinados, em condições históricas, sócio-econômicas e culturais específicas. E, citando Bakhtin, Minayo (1993 p. 110) ainda lembra que *"a palavra é arena onde se confrontam os valores sociais contraditórios."*

Ao terminar cada uma das entrevistas, eu deixava para os meus interlocutores duas pequenas publicações organizadas pela Secretaria de Estado da Saúde, através da secretaria executiva do Conselho Estadual de Saúde: uma sobre a legislação básica em saúde – contendo os artigos da Constituição e a Lei Orgânica da Saúde, bem como dados e informações sobre o Conselho Estadual de Saúde - e outra contendo uma coletânea de textos sobre variados temas relacionados ao sistema de saúde: conceitos sobre o processo saúde/doença, financiamento em saúde, direitos do usuário do SUS, controle social, etc.

### 4.3 OS PRIMEIROS CONTATOS

Para início dos trabalhos e tendo em conta um dos meus objetivos específicos reconsiderarei a observação de Minayo (1993) lembrada anteriormente: *quais indivíduos sociais têm uma vinculação mais significativa com o problema a ser investigado?*, ou seja, quais e quantos seriam, em Pontal do Sul, os grupos organizados da comunidade local? A partir desta indagação seguiu-se outra: de que forma eu poderia entrar em contato com eles para coleta de informações e de dados que me permitissem conhecer, através de depoimentos de membros destes grupos, quais perspectivas e pontos de vista são sustentados por eles com relação ao campo da saúde? O primeiro movimento para “tomar o fio condutor” do trajeto deste estudo levou-me a conhecer a Sra. Y, moradora no local há 8 anos, e que me foi indicada por alguns dos primeiros contatos, esparsos, e que a indicaram como sendo uma liderança bastante popular em Pontal do Sul – tendo inclusive sido candidata a vereadora no pleito de 1997, mas não eleita. Tratava-se de uma mulher casada, pessoa bastante comunicativa, relativamente jovem, participante da comunidade católica e muito interessada nos problemas comunitários. De sua experiência como moradora do local e ultimamente também como candidata, a Sra. Y, de fato, dispunha de informações que me pareceram bastante abrangentes sobre grupos organizados em Pontal do Sul, bem como sobre pessoas que teriam algum papel de liderança nesses espaços comunitários. Foi, portanto, com o auxílio estratégico deste contato que pude desenhar um primeiro esboço da “organização social” em Pontal do Sul. Devo admitir que as informações da Sra. Y foram bastante satisfatórias, pois com sua ajuda pude listar quase todos os grupos locais com alguma forma de organização, o que mais tarde pude confirmar através dos contatos diretos.

O passo seguinte foi o de checar algumas daquelas informações, mapear os endereços e confirmar a(s) pessoa(s) que estava(m), naquele momento, respondendo pelas atividades do grupo. Foi assim que consegui listar as seguintes entidades:

1. Associação dos Moradores do Mangue Seco, Pontal II e Ponta do Poço
2. ASCOPIM – Associação Comercial de Pontal do Sul e Ilha do Mel

3. APM – Associação de Pais e Mestres do Colégio Estadual Prof. Sully da Rosa Vilarinho
4. APM da Escola Rural Municipal Benvinda de Miranda Lopes Correa
5. Associação dos Barqueiros de Pontal do Sul
6. Associação dos Pescadores de Pontal do Sul
7. Associação de Moradores da Vila Nova
8. Comissão da Capela São Pedro (Igreja Católica) de Vila Nova
9. Comissão Organizadora da Capela de São Pedro (Igreja Católica) de Pontal do Sul
10. Igreja Assembléia de Deus
11. Igreja Quadrangular
12. Igreja Evangelho da Graça (Cristã do Porvir)
13. Igreja Testemunhas de Jeová

OBS: a AMACAR – Associação das Mães Carentes e Colaboradoras de Pontal do Sul e a AMASSU – Associação dos Moradores de Pontal do Sul também foram relacionadas, mas já com a ressalva de estarem, muito provavelmente, desativadas, o que, de fato, acabei por confirmar. Foi também relacionada uma “associação” de caráter esportivo, organizada muito recentemente, mas que depois, com melhor investigação, verifiquei se tratar de uma iniciativa de caráter estritamente pessoal, ainda que dirigida para o estímulo da prática esportiva com jovens adolescentes.

#### 4.4 AS ENTREVISTAS

As entrevistas foram realizadas a partir da 2ª quinzena de julho de 1999 e se prolongaram até final de agosto, parte deste tempo coincidindo com período de férias escolares, o que acabou impondo um ritmo mais favorável ao andamento dos trabalhos, pois houve facilidade em encontrar as pessoas que procurava.

Antes de começar com as entrevistas, tive a precaução de contatar a Unidade de Saúde de Pontal do Sul para conhecer a equipe local, me apresentar e comunicar os objetivos do meu estudo cuidando, assim, de dividir com os funcionários alguma possível intenção comum de trabalho e buscar também seu auxílio indireto, no sentido de poderem esclarecer qualquer eventual questionamento sobre minha presença formulado pela comunidade usuária. Nesta ocasião pude conhecer, para minha própria surpresa, uma enfermeira que tinha sido designada naqueles dias, pela Secretaria Municipal de Saúde, para exercer suas atividades assistenciais na unidade. A surpresa ficou por conta de não ter ainda ouvido falar que houvesse disponibilidade deste tipo de profissional em Pontal do Sul e nem de tê-la encontrado nas diversas ocasiões anteriores em que estive na U. S. para tomar algumas das primeiras providências com relação ao trabalho. Imediatamente percebi seu interesse no tema por mim escolhido – participação da comunidade – e ela colocou sua pronta disposição em colaborar no que fosse preciso.

Outro cuidado que tive foi o de buscar a direção do Centro de Estudos do Mar, da Universidade Federal do Paraná, para também me apresentar, entendendo que seria estratégico para mim, como professor na mesma instituição, deixar uma indicação dos motivos de meu trabalho na comunidade, tal como fiz com a Unidade de Saúde. A Universidade tem 17 anos

de presença permanente em Pontal do Sul<sup>15</sup>.

Não foi muito difícil encontrar as pessoas indicadas como lideranças dos grupos listados, nem contar com sua participação. Ao contrário, todas as pessoas se mostraram atenciosas, abertas e motivadas a falar sobre o temas propostos. Sem prazos rígidos para realizar as gravações – foi assim que registrei nossas conversas, em fitas cassete – pude levar a cabo minha programação.

Antes de iniciar cada entrevista previa um tempo para minha apresentação pessoal, para informar do objetivo de minha presença ali, assegurando não pertencer aos quadros da Prefeitura ou do Estado, pensando assim logo esclarecer que meu trabalho não estava relacionado à implementação de serviços ou ações de saúde, mas sim tratava-se de tão somente estudar a comunidade na sua relação com algumas questões de saúde. Este contato inicial também intencionava fazer do encontro/entrevista algo tão informal quanto possível, de sorte que pudesse diminuir os efeitos de um constrangimento natural entre pessoas que não se conheciam de ocasiões anteriores. Ainda nesta introdução era informado ao entrevistado que seu nome e o de sua entidade seriam mantidos em absoluto sigilo, pois me interessava, naquele momento, apenas o conteúdo do nosso diálogo. Assim posto, era perguntado se o entrevistado concordava com a presença do gravador, explicando que aquele instrumento apenas me ajudaria a recordar com mais fidelidade as opiniões emitidas e assim facilitar na forma de analisá-las mais tarde. Não houve nenhuma negativa neste sentido, e muito menos pude notar algum retraimento durante as exposições que fosse motivado pelo gravador. Desta forma, penso ter observado aspectos éticos de pesquisa implicados em meu trabalho.

---

<sup>15</sup> As primeiras instalações da Universidade Federal do Paraná em Pontal do Sul datam de 1982. Naquele ano, em 13 de março de 1982, por decisão do Conselho Universitário, foi criado o então denominado Centro de Biologia Marinha, vinculado ao Setor de Ciências Biológicas. Em 1992, uma alteração no regimento muda a designação da unidade para Centro de Estudos do Mar. Em 1999, a criação de um novo setor, o Setor de Ciências da Terra, passou a se responsabilizar pelo complexo de pesquisa, junto com os Departamentos de Geografia, Geomática e Geologia. As principais áreas de atuação científica da instituição têm sido a biologia marinha e a oceanografia biológica, com ênfase no estudo da composição, estrutura e funcionamento de ecossistemas estuarinos e de plataforma, no cultivo econômico e ecológico de organismos aquáticos e no programa antártico brasileiro (Universidade Federal do Paraná, 2000).

## 5 APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

### 5.1 AS FALAS DOS MORADORES

Saberes, posturas, valores e disposições presentes nos grupos sociais são elementos que potencialmente podem favorecer a prática do **controle social** sobre políticas públicas. Deste modo, é fundamental conhecer como a totalidade do real é percebida pelos grupos - se ao menos chega a ser percebida - ou se as representações dos grupos captam "*apenas o momento de manifestação do fenômeno*", deixando de "*referi-lo à essência, isto é, ao processo de sua produção*" (Cury, 1979, p. 34), ocultando desta forma o global. Assim considerado, mais que avaliar as ações diretas do controle em si, julguei ser importante avaliar de que forma os moradores locais representavam para si mesmos o objeto básico de tal controle, ou seja, o **processo saúde-doença**. Afinal, se controlar é necessário, controlar **o quê e por quê** é uma questão de prerrogativa absolutamente inquestionável. Para isso, o *controle social* e o *processo saúde-doença* são as duas categorias analíticas que passam a orientar as análises que se seguem.

Ao estudar de que forma a investigação poderia realizar esta abordagem, de tal modo que as entrevistas não assumissem um caráter sabatinador, isto é, de modo a não parecer que eu estava querendo pôr em prova as opiniões dos moradores sobre o tema - em termos de julgar as opiniões como "corretas" e "incorretas" - achei melhor tocar este ponto pelas "bordas", tangenciando o núcleo da questão de forma indireta. É preciso lembrar, mais uma vez, que as entrevistas seguiram apenas um roteiro pré-determinado, e que as perguntas não foram formuladas sempre exatamente da mesma forma nem na mesma seqüência, mas referiam-se, isto sim, a pontos centrais que julguei serem os que me levariam a fornecer

elementos imprescindíveis para minhas análises. A seguir apresento os resultados dessas entrevistas, agrupando as repostas em torno de núcleos de interesse. Para a apresentação dos registros obtidos nas conversas devo ainda observar que acrescentei, entre colchetes, em alguns deles, termos não ditos pelos entrevistados, mas que julguei necessários para favorecer a apreensão do sentido das opiniões expressadas; da mesma forma, para ressaltar algumas expressões que considerei diretamente relacionadas ao núcleo da questão, eu as reproduzo em negrito.

#### - PROBLEMAS DE SAÚDE MAIS COMUNS

Com referência a esta primeira pergunta, "**Quais os problemas de saúde mais comuns aqui em Pontal do Sul?**", as colocações dos entrevistados, em sua quase maioria, apontaram enfermidades bastante comuns, descritas por eles de acordo com as alterações biológicas que provocam ou de acordo com as partes do corpo afetadas:

*Pressão alta, crianças com bronquite e que precisam fazer inalação. (E1)*

*Nas mulheres problemas já estão ligados à questão natural, que tem a ver com o parto, ou uma doença que ela adquiriu durante a formação da família. (E2)*

*Problemas com a gravidez de mulheres... Outra coisa são as gripes e complicações respiratórias de crianças. (E3)*

*A parte ginecológica é a mais importante. E nessa parte de gripe e resfriado. É por isso que as pessoas vão procurar o postinho. (E5)*

*São as convulsões, ataques epiléticos, problemas com gravidez - tem muito. O que tem bastante também é bronquite asmática. Tem muito. Crianças que têm que fazer inalação. (E6)*

*O pessoal sofre muito com "chiadeira" no peito. É muito comum nesta época [era inverno]. Várias crianças com pneumonia. Muita gripe, fortes e violentas... (E7)*

*Um problema que sempre afeta é o reumatismo. Agora tem uma doença nova, o diabetes... Também a doença do infarte tem atacado muito ultimamente. O derrame. Antigamente não se escutava isso, agora está se desenvolvendo tanto! (E8)*

*Casos de gravidez - já levei 3 pessoas para Morretes - e outros problemas como derrame... São problemas que ocorrem à noite. É preciso um pronto-socorro, uma emergência. (E9)*

*Seria propriamente o sistema de saúde que não funciona. As pessoas não têm condições de se tratar. É um grande problema. Falta acompanhamento médico, não tem dentista; numa emergência, não tem ninguém... As emergência. São acidentes com bicicletas, atropelamentos, afogamentos, quedas... Mulheres grávidas em trabalho de parto. (E10)*

*O que atrapalha mesmo é a gripe... O normal aqui é isso, reumatismo e gripe. (E11)*

*Diarréia nas crianças, gripes. (E12)*

*O povo daqui não é muito doente. O que a gente mais escuta reclamação é por atendimento de emergência. Mulheres grávidas que precisam de atenção. Acidentes*

*que precisam ser encaminhados para Curitiba, Matinhos... Também problemas cardíacos. (E13)*

Os dados de mortalidade para Pontal do Paraná mostram que, no ano de 1997, os três (3) primeiros *grupos de causas de morte* foram as doenças do aparelho circulatório (1º lugar), as causas externas (2º lugar) e as neoplasias (3º lugar) (conforme dados do Centro de Epidemiologia, do Instituto de Saúde do Paraná, Secretaria de Estado da Saúde do Paraná). Em 1998, os principais grupos de causas de morte foram novamente as doenças do aparelho circulatório (1º lugar), algumas afecções originadas no período perinatal (2º lugar) e as causas externas (3º lugar). Ao se comparar as manifestações dos entrevistados com os dados acima indicados pode-se observar que muitos dos problemas de saúde lembrados por eles estão relacionados bem de perto com as causas de morte: problemas cárdio-vasculares (pressão alta, derrame, infarte), problemas respiratórios (pneumonia, gripes, bronquite) e as chamadas causas externas (atropelamentos e outras formas de violência). Esta proximidade entre as manifestações e os dados estatísticos se confirma se forem observadas, agora, as principais *causas de internações* de pessoas de Pontal do Paraná, conforme dados do Centro de Epidemiologia, Instituto de Saúde, Secretaria de Estado da Saúde do Paraná; em 1998, a 1ª causa foi o parto normal, a 2ª o parto cesariano e a 3ª o acidente vascular cerebral; em 1999, a 1ª causa continua sendo o parto normal, a 2ª o parto cesariano e como 3ª causa o parto normal com atendimento do recém-nato na sala de parto, enquanto os acidentes vasculares cerebrais passam a ser a 4ª causa.

Com estas constatações não se pode deixar de reconhecer que há algum grau de conhecimento da realidade dos problemas que incidem, de fato, sobre a grande maioria da população do município. Ou seja, as necessidades concretas de saúde das pessoas se vêem representadas e legitimadas, de alguma forma, pelos diagnósticos oriundos dos serviços públicos de saúde. Isso indica que a participação dos usuários na formulação de propostas para a organização dos serviços de saúde pode trazer indicações concretas e contribuições pertinentes.

## - ASPECTOS QUE FAVORECEM A SAÚDE

Uma outra estratégia para avaliar a percepção dos moradores locais sobre o processo saúde-doença foi lhes perguntando: "**O que em Pontal do Sul é bom para a saúde das pessoas?**", uma maneira indireta de levar o entrevistado a colocar suas representações sobre os determinantes do processo saúde-doença, evitando algo do tipo "o que é saúde?". A esse respeito, os entrevistados se manifestaram de variadas formas e suas opiniões podem ser agrupadas basicamente num grupo de respostas: o das "causas" ligadas ao meio-ambiente físico/material/natural. Nelas estão incluídos os benefícios debitados ao clima, aos **recursos naturais** em geral e, afirmado de uma maneira indireta, as influências positivas do **meio social** local, menos estressante:

*Aqui tudo é bom. O clima é bom... Aqui há muitos velhos, o que prova que o clima e o ambiente daqui são bons para os idosos... O ambiente é mais calmo e no inverno não é tão frio... E tem o mar onde se pode passear. (E1)*

*A região é própria para se ter uma vida saudável. O que ajuda são as condições, a natureza em si. A beira da praia em si já é uma terapia. É menos estresse, menos agitação, menos correria. (E2)*

*Eu vim morar prá cá indicado por um médico, pois tive problema de intoxicação na lavoura. Então tinha problema de pressão baixa, e alta em seguida. Era só produção de soja e trigo, só na base do veneno. Há 4 anos estou aqui e nem gripe me dá. O que ajuda é que não tem poluição de venenos e tóxicos. É zero. Quando eu passo perto de uma lavoura sinto na hora. Eu não usava proteção, pois ninguém me orientou. O mar está aqui, e do outro lado a floresta. Não pretendo sair daqui tão logo. (E3)*

*É o fato de ser litoral, ar puro, sem poluição. É tudo nativo, tudo natural.!(E5)*

*O que é muito bom é o clima, o ar, um lugar sem poluição. Muita gente que tem bronquite e asma procura lugares assim. (E6)*

*Outra coisa boa é que aqui é um lugar tranquilo, as pessoas vivem à vontade, sem muito esforço e acho isso interessante!... Se eu tenho uma liberdade de me expressar, eu vou viver bem, vou ter acesso a tudo. Isso eu acho favorável. (E7)*

*Em Pontal nós ainda desfrutamos de um ambiente que não está sendo poluído como em certos outros lugares, porque não temos ainda tanta indústria, nada dessas coisas que em outras cidades já maiores tem muito dessas circunstâncias que afetam a saúde do homem. (E8)*

*É o clima, o ar, a brisa do mar, o descanso, o sossego. Onde eu estava era muita correria!... Nas cidades grandes é uma correria tremenda, a pessoa não descansa direito e aqui até para dormir é bom... Eu ando muito por aí, na Ilha do Mel, no Maciel [também uma ilha] e se encontra muita gente com 80 anos, 90 anos, pessoas bem idosas, coisa que prá lá quase tem muito poucas... São pessoas nativas, que viveram tranquilas, dizem que é o clima, o ar, o ambiente. (E9)*

*Ah, Pontal é super-saudável. O ar sem poluição, não tem nenhuma fábrica; morar perto da praia, sem contaminação... fico perto do mato, com sossego. (E10)*

*O clima daqui é muito bom prá saúde. (E12)*

Um outro grupo de posições sobre o que foi considerado bom para a saúde - mas este sendo bem menor - indicou como favorável para a saúde das pessoas a possibilidade de se realizar **atividades físicas** em Pontal do Sul e a **alimentação**:

*[A pessoa] deve fazer exercício físico... É para emagrecerem e manter a boa forma... andarem mais, se movimentarem. (E4)*

*O que se vê aqui é que os jovens gostam muito de esporte, o que é bom para a saúde... (E7)*

*Prá mim a comida é importante. A comida caseira do pescador era peixe e farinha. Hoje a comida mudou para o mercado. E o mercado só tem quase comida artificial. Então eu muito pouco como essa comida, principalmente o frango... Prá minha saúde a comida caseira de antigamente era saudável... Eu trabalho o dia inteiro, porque não posso estar parado. Eu enfrento tudo, só não trabalho de empregado. Corro de bicicleta bastante, dou uma carreirinha aqui, remo bastante, viro motor... Não pode estar parado. Eu estou aposentado... Não precisaria trabalhar, mas não posso estar parado. (E11)*

É muito fácil perceber, com estas considerações, como as pessoas imputam às condições sociais as razões para se ter uma boa saúde, na medida em que essas condições lhes permitem morar de forma a se beneficiarem dos recursos naturais (ar livre, mar, mato etc.) ou a exercerem e, ao mesmo tempo, usufruírem de relações solidárias entre si. Pode-se afirmar que na população está presente, embora não manifestada num discurso formalizado nos cânones do conhecimento científico, uma "consciência" sanitária que consegue claramente atribuir às condições sociais as determinações para seus problemas de saúde. Ou seja, manifesta-se aqui uma leitura que indica uma apreensão de maior totalidade do fenômeno saúde-doença. Esta conclusão, por outro lado, mostra uma contradição básica com as exposições postas para análise na questão anterior, quando também se vê que as pessoas

costumam referir como problemas de saúde as doenças, isto é, os agravos já manifestados no corpo físico, referindo-se a eles majoritariamente em termos de sinais e sintomas clínicos, "esquecendo-se", nesta perspectiva, de situar os problemas de saúde também como determinação do social. Não se pode, diante disso, discordar de Capra (1995), que busca explicar este tipo de fenômeno:

Embora exista um descontentamento generalizado em relação à medicina e aos médicos, a maioria das pessoas não se apercebe de que uma das principais razões do atual estado de coisas é a exígua base conceitual da medicina. Pelo contrário, o modelo biomédico é geralmente aceito, estando seus princípios básicos tão enraizados em nossa cultura que ele se tornou até o modelo popular dominante de doença. A maioria dos pacientes não entende muito bem a complexidade de seu organismo, pois foram condicionados a acreditar que só o médico sabe o que os deixou doentes e que a intervenção tecnológica é a única coisa que os deixará bons de novo. (p. 154).

#### - ASPECTOS NEGATIVOS PARA A SAÚDE

Por outro lado, todas as posições até aqui consideradas puderam ser mais uma vez recolocadas com a formulação de uma pergunta que solicitava exatamente o aspecto contrário: **"O que em Pontal do Sul não é bom para a saúde das pessoas?"**. Também aqui os registros vão apontar questões relacionadas ao **meio-ambiente social**, em sua grande maioria. E neste particular, as **drogas**, apontadas de forma isolada em algumas falas, mas em geral **relacionadas com outras situações sociais**, como o desemprego e a falta de condições para o lazer, ocupam lugar de destaque:

*O que atrapalha é o lixo, é a bebedeira, o vício natural. Grande parte das pessoas, para estar à vontade, elas começam a beber. Até porque grande parte das pessoas que vêm prá cá vêm prá gozar a vida, e acham que gozar a vida é beber. E a droga. Droga de todo o tipo, principalmente maconha. Corre solto! Aqui tem muita gente com cirrose. Se você passar à tarde nos botecos, vai ver gente já com características de [bêbado]... É por falta de ocupação. O desemprego, a falta de ocupação afeta a saúde*

*das pessoas. Tem pessoas que aqui poderiam ser diferentes... se elas tivessem um trabalho. (E2)*

*São os vícios... é o cigarro. O que não ajuda a saúde é o meio social. Falta trabalho e emprego. Onde existe trabalho e emprego para todo mundo a pessoa tem condições de cuidar melhor da própria saúde... O dinheiro vem com o trabalho. (E5)*

*O que atrapalha a saúde é um problema de cada um. Existe o problema das drogas, mas é uma coisa de cada um... (E6)*

*É a parte de drogas, que de uns 3 anos prá cá tem crescido... (E7)*

*No momento estão chegando problemas para a juventude, que está se envolvendo com esta situação de drogas, de fumo... e se não for providenciado algo isso pode no futuro afetar. (E8)*

*O que é prejudicial para a comunidade é o exagero no uso de drogas, bebidas, que é o que me preocupa muito de um tempo para cá.. Isso tem crescido muito!... Também a prostituição. Aqui não temos um centro de eventos, um centro de lazer para envolver a garotada. As famílias não têm mais autonomia dentro da casa para educar. É um problema geral. (E13)*

Também estão relacionadas como "causas" negativas aquelas ligadas ao **saneamento ambiental e à higiene**:

*Falta um serviço de esgotos! Contaminação! Crianças tomando banho nas valetas. Até adultos. Aquele canal está contaminado e acho que não se devia tomar banho ali. O*

*canal é poluído. Isso é prejudicial! Tem muito lixo jogado por aí... Este rio aqui perto era limpo [Rio Perequê] quando viemos para cá. Agora é um esgoto. (E1)*

*Outro ponto ruim é quando a água sobe e **alaga** os terrenos aqui por perto, deixando um cheiro muito desagradável durante as reuniões da igreja. (E7)*

*Saneamento básico; falta esgoto e galeria para as águas de chuva... **Água tratada** veio agora, mas é uma minoria que tem acesso, pois a rede só atinge alguns. E depois é muito caro para fazer a ligação: R\$ 430,00 para fazer a ligação da Sanepar, o que poucos podiam pagar. (E10)*

*O que atrapalha é a **falta de higiene** do pessoal. Por exemplo, o pescador, em vez de enterrar o peixe que sobra, ele joga nos rios, nos valos. Isso prejudica a saúde. (E12)*

Outras respostas ainda vão relacionar como "coisa" negativa para a saúde a **falta ou deficiência dos serviços de saúde**:

*De negativo eu vejo a falta de recursos para atender os casos de doenças. O pessoal do postinho é muito bom e faz o que pode, mas precisa de um **serviço médico permanente**. Alguém que resida aqui. Há falta de recursos, pois o governo não dá. Quando vem uma caixa de **remédio** tem que dividir para atender todos. Falta uma **ambulância** para atender emergências. Alguém que tivesse conhecimento de **emergências**... Precisava de um **hospital**, que não precisava ser grande, mas com alguns leitos para observação. (E1)*

*Aqui na Vila as pessoas querem é um **posto de saúde** e uma **creche**... (E3)*

*...E a questão dos médicos, que aqui está péssima! (E12)*

Duas outras opiniões se referem especificamente às dificuldades para a realização de **atividade física** como fator negativo para a saúde:

*Falta lugar para praticar esportes, como um ginásio de esportes ou uma praça apropriada para isso, onde as pessoas possam fazer exercícios, se ocupar no tempo livre, principalmente a juventude. (E4)*

*Prá minha saúde a comida caseira de antigamente era saudável... Na minha idade [62 anos] o que ataca a pessoa é o reumatismo. Talvez por causa da velhice. Quando a gente é novo quase não sente. Mas depois de velho vem o desgaste... Então, quando a gente passa dos 50 prá cima, está seco, é só a pele. Não tem mais o que trabalhar. Então dói aqui, dói lá. É falta de oxigênio, nos ossos, no nervo. Então a gente tem que sempre estar **andando**, **correndo de bicicleta**, **fazendo movimento** prá... Agora, o novo [indivíduo] não! O novo é novinho e não sente quase nada. (E11)*

A **alimentação** também é lembrada, porém no aspecto que diz respeito às dificuldades para se dispor dela:

*No meu pensamento a **alimentação** é muito importante. Aqui as pessoas têm dificuldades financeiras para isso... No mais, aqui é um clima bom, não tem muito problema. (E13)*

E, finalmente, uma posição bastante otimista:

*Muito pouca coisa não é benéfica aqui. (E9)*

De posse deste conjunto de falas se pode ratificar como os usuários entendem que as determinações para se ter uma saúde melhor, ou então para perdê-la em qualidade, são inequivocamente atribuídas às **condições sociais** - emprego, relações menos violentas, acesso ao lazer e recursos naturais, saneamento do meio-ambiente físico, maior poder aquisitivo etc. Apesar de uma cultura médica que foi profundamente introjetada nas populações ao longo de décadas de práticas hegemônicas assistenciais em saúde, tendentes a quase sempre medicalizar os problemas de saúde - e que de forma permanente têm *sido* veiculadas pela mídia, legitimando-se como tal - a população tem consciência sobre aquilo que, de fato, está causando seus problemas de saúde. Contraditoriamente, das situações de pauperização impostas por relações sociais desiguais, tal como se verifica na perspectiva capitalista neoliberal que "governa" o país, vê-se que podem nascer as condições de uma crítica capaz de levar à inversão do quadro. Ocorre que nas relações autoritárias de poder que infelizmente costumam se estabelecer entre gestores de serviços e profissionais de saúde com os usuários dos serviços, aos primeiros se atribui, *a priori*, a capacidade de conhecer a verdade, ou seja, deles é o *discurso competente* sobre a verdade da saúde. Para Chauí (1997), um certo discurso "competente" é aquele instituído pelo poder. É o discurso no qual a linguagem sofre uma restrição que poderia ser assim resumida:

não é qualquer um que pode dizer a qualquer outro qualquer coisa em qualquer lugar e em qualquer circunstância. O discurso competente confunde-se, pois, com a linguagem institucionalmente permitida ou autorizada, isto é, com um discurso no qual os interlocutores já foram previamente reconhecidos como tendo o direito de falar (*profissionais de saúde/gestores de serviços de saúde*) e ouvir (*usuários*), no qual os lugares e as circunstâncias já foram predeterminados para que seja permitido falar (*consultórios e gabinetes*) e ouvir (*lugar do paciente*) e, enfim, no qual o conteúdo e a forma já foram autorizados segundo os cânones da esfera de sua própria competência. (p. 7). [observações em itálico minhas].

Ora, esta situação advém de uma construção ideológica. No campo da saúde, como se viu, o discurso competente é o discurso científico, discurso de um cientificismo que se sustenta e se encerra no paradigma biologicista. A própria linguagem científica no campo da saúde está majoritariamente construída com conceitos próprios da ordem biológica. Esta

linguagem vai legitimar ideologicamente a fala dos profissionais e o poder dos gestores de saúde como fala e poder da verdade. E é por isso que as posições dos usuários e da população em geral, bem como de determinados segmentos minoritários de profissionais de saúde mais críticos, têm sérias dificuldade para se imporem nos fóruns formuladores de políticas públicas e, conseqüentemente, à consideração dos prestadores de serviços de saúde. Em saúde, o modo de ver o mundo pelos usuários não é considerado como competente. Na verdade, ainda de acordo com Chauí (1997), a capa da cientificidade "neutra", muito presente nos discursos de saúde, vai dissimular a existência real da dominação sócio-econômica exercida entre classes sociais. Por isso torna-se tarefa bastante difícil, na ausência de debate público, desvelar os mecanismos que tornam os problemas de saúde objeto de mercado, sobre os quais vêm sendo produzidos lucro e concentração de capital.

#### - PRIORIDADES PARA MELHOR ATENDER A SAÚDE

Retornando à minha análise sobre as falas dos moradores, para melhor me acercar do objeto de investigação desta etapa - *o processo saúde-doença* - procurei outra via de aproximação. Assim, foi solicitado aos entrevistados que manifestassem sua opinião sobre o que considerariam mais necessário ser providenciado para Pontal do Sul em termos de favorecimento à saúde. Tratava-se de perceber qual a concepção que as pessoas têm com respeito às responsabilidades da alçada do poder público. Esta abordagem foi feita mediante a seguinte pergunta: "**Se você fosse o prefeito, o que acha que deveria fazer pela saúde das pessoas de Pontal do Sul?**". Foi possível verificar, a partir das falas, que a maioria das posições identifica a melhoria das **condições sócio-ambientais** como aquelas que, de fato, vão resultar em níveis de saúde mais elevados para as comunidades. Isto vem reforçar posições já ressaltadas nos parágrafos anteriores. Eis as falas:

*Primeiro lugar era acertar o esgoto... Depois, a questão da educação. Nossos jovens daqui são depredadores das coisas, usam tóxicos, fazem sexo abertamente, gente que aparece grávida e não sabe nem de quem. (E1)*

*A primeira coisa é ter uma assistência [à saúde] bem definida. Ainda não há definição... É a prioridade número um do município, mas como isso envolve muito dinheiro, não tem como fazer isso. O que é definir a [assistência à] saúde? É fazer um hospital que tenha condições... É preciso ter o tratamento preventivo, o acompanhamento preventivo, a orientação... Isso já tem sido feito... Todos sabemos que está longe de chegar àquilo pra surtir um efeito. Está longe!... Tratar [a prevenção] antes de curar. Esta é uma frase antiga. Saneamento básico... O próprio povo tem que se organizar para pedir essas coisas. Nós não temos condições, porque isso é caríssimo. A solução é a educação. Se você tiver que fazer alguma coisa, quando se tem educação você vai fazer o mínimo, vai agredir o mínimo o meio ambiente. Outra preocupação é a questão do lixo. [A questão do] lixo é fundamental!... Por mais que o governo faça a parte dele, ainda tem muito o que fazer com a educação. A educação sobre o lixo é fundamental. Não é só aquela educação que se faz pela televisão. É criar as condições aqui... É um trabalho educativo, com ação... E as pessoas também têm que pôr lixeirinhas nas suas casas. Aqui a maioria tem condições, não há miseráveis. (E2)*

*...É também colocar uma rede de esgotos... A minha água era boa... Agora já sinto cheiro. Tenho desconfiança. Aqui na vila 90% das pessoas não têm água tratada. (E3)*

*A prioridade seria abrir campo de trabalho e de serviço. Isso em primeira mão. E depois, em segunda mão, dar atendimento médico... E mais assistência social. (E5)*

*Aqui ainda está faltando um saneamento básico mais adequado: melhor escoamento da água que fica muito tempo empoçada e cria muitos mosquitos, o que afeta a saúde.*

*Isso inclui esgoto, essas coisas... Uma cidade bem saneada tem a saúde bem cuidada. Haverá menos gasto com medicina. (E8)*

No entanto, muitas outras falas relacionam também como condição para aumentar o nível de saúde a necessidade de se **melhorar os serviços de saúde** e a aquisição de equipamentos afins como forma de garantir uma boa **assistência direta** aos problemas de saúde. Mesmo assim, as pessoas não deixam de registrar igualmente a necessidade de melhorias mais gerais:

*...construiria um hospital, faria saneamento e cuidaria do lixo. (E4)*

*Sem dúvida um dentista, um hospital ou uma clínica 24 horas, para emergências, ambulâncias, pois uma é pouca, precisa no mínimo duas. Isso não precisa nem discutir, são prioridades. E acho que tem que ter uma creche, mas isso é depois que se crie uma estrutura de empregos para as mães. Isso é o que precisa ser criada, uma estrutura para as pessoas daqui gerarem renda. Trazer empresas, fábricas, etc... Sem renda, sem dinheiro, não tem saúde. (E6)*

*Primeiro, faria rede de esgoto. Depois, médico em plantão de 24 horas, ambulância, dentista, e educação em saúde. (E10)*

*Melhoramento na parte de esgoto, porque está um absurdo! E ampliar os postos de saúde, mas colocar mais gente prá trabalhar, com mais aparelhagem, e construir um hospital com uns 30 leitos, com raio-X. (E12)*

*Um hospital e atendimento de prevenção feito pelos postos de saúde... Colocaria pessoas com conhecimentos para elaborar um projeto nesse sentido. Sinto que o povo*

*precisa disso. É carente de informação. As famílias se sentem inseguras, se sentem acanhadas e até deixam pessoas morrer, por perderem o ânimo. Então, vejo que precisa ter alguém trabalhando na comunidade. Há pessoas boas no município, mas não lhes dão condições de trabalho... Nós temos dificuldades com o saneamento básico... Outra situação que eu iria priorizar é o problema do emprego... Muitos não têm condições de estudar, então a preparação das pessoas aqui do município é fundamental. Quando as famílias estão bem empregadas, que têm os seus recursos, elas têm menos dificuldades com saúde. Se o cara tem meio de sobreviver, tem dinheiro, ele não vai ter doença na família dele. Então, eu associo saúde com emprego. (E13)*

Finalmente, aparece ainda um grupo de falas que se referem especificamente, e com muita ênfase, à urgência de se investir na infra-estrutura de serviços:

*A necessidade mesmo é de um posto 24 horas... Um hospital na região. Seria fundamental para começar. Terminaria este corre-corre de ambulância... Você vê que as pessoas têm que ir [a Pontal do Sul] pela rodovia, porque não tem acostamento. Ela [uma moça] estava de bicicleta e foi atropelada por uma moto... As mulheres daqui vão de bicicleta, com as crianças na garupa... (E3)*

*Ampliação do posto de saúde, médico fixo e ambulância. Se a pessoa não tiver um carro à disposição vai ficar uma hora, uma hora e meia esperando. Foi o que aconteceu com uma menina que o ônibus passou em cima da perna. Ela ficou quase uma hora esperando, no chão... Na semana passada teve uma reunião com o prefeito e ele disse que assinou vários termos liberando asfalto, ciclovia, quadra de esporte, mas na área da saúde nada foi tratado. Era prioridade... A comunidade queria outra coisa... (E7)*

*Precisamos de um hospital, por causa das emergências. O hospital não é uma solução para a saúde, solução é dar condições para que a pessoa evite a doença. Mas por causa das emergências, um hospital é necessário. (E9)*

*O que é mais necessário prá saúde de Pontal do Paraná é um hospital, que é prá gente não ficar correndo prá Matinhos ou Paranaguá, por casos de pouca coisa... Porque às vezes a gente não tem o dinheiro. São quarenta ou cinquenta reais prá levar de táxi... Fora isso, também médico... Devia ter um o dia inteiro, ou dois. (E11)*

Ao final desta seqüência de pronunciamentos, não se pode ter dúvidas sobre a posição das pessoas com relação ao que lhes falta para que a saúde possa ter melhores níveis de expressão em suas comunidades. São considerações que, de fato, contemplam carências reais tanto em seus aspectos imediatos como mediatos, ou seja, reivindicam mais serviços de saúde para se poder dar conta da assistência aos agravos do cotidiano e emergenciais, porém postulam uma firme e muito clara compreensão de que há fatores estruturais que são essencialmente determinantes do processo saúde-doença: educação, informação, segurança, preservação do meio-ambiente, empregos, creche, água tratada, saneamento básico, destinação do lixo.

É muito provável que um processo de reflexão e de sistematização (dos resultados) permanente sobre as relações entre os níveis de saúde da comunidade e as condições mais gerais de vida e de trabalho levaria as pessoas de Pontal do Sul a identificarem mais objetivamente as determinações sociais do processo saúde-doença e, com essa consciência, a se envolverem na busca de soluções, políticas e técnicas. Bógus (1998, p. 148), em uma pesquisa sobre atividades de formação para participantes em movimentos sociais ligados à saúde, na cidade de São Paulo, conclui que o sucesso dos cursos realizados na ocasião se deveu à "sistematização [que] ocorreu a partir da problematização da vivência cotidiana das participantes que, em si, já continham esses dados." A autora se referia aos dados de condições de vida daquelas próprias pessoas: habitação, transporte, instrução, acesso a serviços sociais, saneamento.

## - FORMAS DA COMUNIDADE ENFRENTAR OS PROBLEMAS DE SAÚDE

Passando agora para um outro grupo de falas, a intenção foi conhecer atitudes e movimentos no interior das comunidades, diante dos problemas de saúde. Para trabalhar com estes aspectos, formulei a seguinte pergunta: **"Quando as pessoas têm alguma necessidade relacionada com a saúde, como isto é resolvido? Quais são os meio mais comuns de resolver problemas com a saúde em Pontal?"**. Aqui estão algumas das respostas:

*As pessoas me pedem para brigar na prefeitura por um posto de saúde, mas eu não tenho voz ativa... Sempre sou chamado de madrugada para levar alguém para o hospital. Aqui na vila poucos têm condições, então eu tenho que atender. Prá mim não tem problema ajudar. Tento fazer o possível... Em Paranaguá há muita dificuldade... Em Matinhos é como estar em casa. Lá nunca tem problema. Só tive problema quando foi prá mim mesmo. Não quiseram me atender. Chamaram o diretor e eu disse que precisava ser atendido. (E3)*

*As pessoas recorrem a quem estiver por perto. Muita gente é solidária. É raro que não ajude. A maioria dos casos vai para a Sta. Casa de Paranaguá. (E6)*

*Agora eu estou sem carro, mas tenho pegado carro dos vizinhos prá socorrer alguém. Fazer o quê? É necessário. Geralmente tenho levado para Matinhos. Quando o caso é de gravidez, levo prá Morretes. Poucas vezes vamos a Paranaguá, apesar de Morretes ser mais longe. Lá em Morretes te um hospital que atende muito bem as pessoas, com carinho. Eles primeiro atendem o paciente e depois vão fazer a ficha. A Santa Casa de Paranaguá, que dá mais atendimento, já não é assim... Uma moça daqui foi para lá, menina solteira, nova, e mandaram de volta, porque não estava na hora. Era para ela*

*voltar de madrugada, que ainda ia demorar. Ela estava voltando no ônibus, para cá; eu estava junto e vi. É um absurdo. Ela não podia ficar internada? Teve que voltar e pegar um carro para ir de novo a Paranaguá. (E9)*

*As pessoas se viram. Emprestam carro, saem correndo, vão na delegacia, buscam amigos, etc... Os que não podem pegar ônibus vão pedir para os que têm recursos: Tião e Zé dos supermercados, a viatura da delegacia, que nunca tem dinheiro para a gasolina, mas levam. (E10)*

*Quando está fechado aqui nós vamos prá Matinhos ou Paranaguá. Porque aqui fecha às 6 horas... Nestes dias veio aqui correndo um irmão da igreja, pedindo para orar pela mulher dele, que estava arruinada... Mas tem aqui uma moça que já é casada e muito prontificada, de nome Márcia, que veio na casa dele e prontificou-se a levar a mulher do homem prá Matinhos... Pró nós aqui é Paranaguá ou Matinhos. (E11)*

*Se viram, pedindo ajuda uns para os outros. (E13)*

Pode-se muito claramente deduzir, a partir das colocações, o quanto é comum, entre as pessoas, a prática de atos que expressam valores de humanidade, tais como ser solidário, ser disponível, ter sensibilidade diante do sofrimento do outro e perceber o sentimento de gratuidade com relação a estes gestos. Nestas e nas próximas respostas pode-se bem perceber a falta absoluta que as pessoas têm com relação a uma referência segura, no município, para onde elas próprias possam se encaminhar ou encaminhar os que necessitam de assistência à saúde. A solução parece sempre depender das condições do momento, tais como a capacidade de atendimento do local procurado, recursos financeiros para pagar o serviço, o acesso ao serviço (horário, número de funcionários atendendo) etc:

*Recorrem ao postinho, que faz o que pode. Quando eles não podem fazer mais nada, mandam para Praia de Leste. Mas lá também é difícil, porque cobram muito. Então mandam para Matinhos ou Paranaguá. (E1)*

*Normalmente elas recorrem à saúde local, ao Posto de Saúde de Pontal do Sul, ou aos demais postos, inclusive ao Posto Avançado de Praia de Leste. Inclusive há uma solicitação de que o pessoal se dirija primeiro ao Posto de Pontal, para o encaminhamento começar por ali. Nós temos situação de que o médico vai embora [deixa o emprego]. Não se pode pagar muito e o médico é um profissional caro! Isso faz com que eles deixem o trabalho e vão embora... Os pacientes vão para o [hospital] Angelina Caron e para o Hospital do Carmo... Em Paranaguá a gente ainda tem alguns atendimentos, mas é difícil de ser atendido, porque eles já têm muita gente para ser atendida. (E2)*

*Muita gente vai prá Matinhos, prá Paranaguá, tem muitos que vão até prá Curitiba... Quem tem carro vai de carro, quem não tem vai de ônibus; às vezes, quando pinta um problema mais sério, não sei como, eles arrumam uma ambulância. (E5)*

*A primeira reação das pessoas é usar chá caseiro, depois é que vão buscar o posto de saúde e médico... O que falta em Pontal do Sul, e que falta em Pontal do Paraná, é um posto 24 horas, para atender emergência. Ninguém pode ficar doente depois das 6 horas [da tarde], porque tem que ir para Praia de Leste, ou Matinhos, ou Paranaguá, ou prá Curitiba. (E7)*

*Nosso tratamento médico é pelo SUDS. Temos esta assistência somente quando é na temporada, quando os veranistas estão junto de nós. Quando eles estão aqui, o postinho fica trabalhando 24 horas. Mas terminou a temporada, também terminam os horários mais seguidos de ônibus e os próprios cuidados diminuem... A gente é*

*obrigado a ir a Paranaguá... As pessoas vão de ônibus. Ou então vão a Matinhos... Sempre de ônibus. (E8)*

*Eu e minha família vamos a Matinhos ou Paranaguá. Não vamos ao postinho. Prá perder o dia? A gente vai direto lá... No meu ver, em vez de posto de saúde, deviam construir um hospital... De vez em quando tem acidentes aqui no asfalto, acidente de carro, atropelamento. Ou você está trabalhando e cai, não tem nem lugar prá fazer um curativo... O pessoal vai de ônibus, ou pega carro. (E12)*

#### - INFORMAÇÕES SOBRE O CONSELHO E CONFERÊNCIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Chego aqui ao ponto que me interessa conhecer mais de perto neste trabalho, que é identificar que informação a população moradora em Pontal do Sul tem sobre a principal via institucional do controle social - o *Conselho Municipal de Saúde* - e de que forma essa informação chega às entidades contatadas. As perguntas dirigidas aos entrevistados se referiam diretamente ao núcleo da questão, ou seja, foi solicitado que eles dissessem o que sabiam sobre o C. M. S.: **"Você já ouviu falar do Conselho de Saúde de Pontal do Paraná? Se já, sabe se Pontal do Sul tem algum representante neste Conselho? Quem é? Quais os problemas que ele leva para serem discutidos lá?"**

Com relação a este ponto, aqui estão as falas:

*Não sabemos. Nós nunca fomos convidados para discutir. Se nós formos convidados nós vamos. (E1)*

*Olha, veio papel aqui para o pessoal participar, mas eu não sei se formaram algum conselho de saúde. Houve uma reunião alguns meses atrás no Santa Mônica [estaria se referindo à Conferência Municipal de Saúde?] e pediram para mandar uma pessoa. Foi bem no dia que eu estava entrando na APM. A diretora até pediu para eu ir... Eu só não fui naqueles dias porque parece que eram dois dias, na 6ª feira e no sábado... Eu não sei onde formaram e se formaram aquele conselho municipal de saúde. Não sei se alguém daqui participou... Eu sei que a prefeitura está incentivando a participação de associações de moradores aqui da região para simplificar as coisas, prá evitar que todo mundo corra à prefeitura... Aqui na vila não foi falado do conselho. (E3)*

*Não, nunca ouvi falar. Faltam informações. Deveria haver um cartaz informando, no supermercado, na rodoviária, etc. (E4)*

*Conselho Municipal de Saúde?... Que me lembre não ouvi falar. Aqui na igreja a gente não ouviu falar e nem foi avisado. Eu pelo menos não. A não ser que os outros souberam. (E5)*

*Não sabia. E veja, isso é uma coisa importante, pois a partir do momento que isso venha a se tornar público, as pessoas podem participar. Eu, por exemplo, participaria. Eu não estou sabendo. (E6)*

*Parece que tem ali em Ipanema, não é isso? Mas a gente aqui nunca foi convidado para uma reunião assim. Teve uma conferência assim, só quando teve a coisa do cólera... Para uma conferência de saúde a gente não pode dizer nada, porque não fomos convidados. (E7)*

*Eu já escutei falar. Lá no Atami eu sei que tem uma diretoria que sempre se reúne prá discutir coisas sobre saúde. Mas eu não tenho assistido nada sobre isso. Não sei se há alguém de Pontal, mas do Atami eu sei que tem quem participa. (E8)*

*Olha, passou uma pessoas aqui conversando, uma mulheres, não sei se é isso [referia-se às agentes comunitárias de saúde?]. Mas sobre esse que o senhor falou **não estou informado**. Eu sei que aqui tem grupos de bairros [referia-se às Associações de Moradores]. (E9)*

*Não, não sei se tem. Há pouco tempo tinha um conselho, uma reunião na Biologia [referência ao antigo Centro de Biologia Marinho, hoje Centro de Estudos do Mar]. Inclusive tenho um parente meu que participava nessa reunião prá discutir alguns problemas. Agora dizem que até parou. (E11)*

*Não. Me parece que veio uma notificação... mas essa foi para uma reunião das APMs, lá em Praia de Leste. (E12)*

*Sim, sei que existe... Eu não tenho acesso nesse Conselho. Mas tem o pessoal do... que estão ligados ao Conselho de Saúde. Se você entrevistar alguma dessas pessoas, elas vão te falar das dificuldades em participar dessas reuniões do Conselho, em expor suas idéias. Eles não deixam. A Secretária de Saúde, que é a primeira dama, que é quem dirige essas reuniões, não tem conhecimento e não coloca pessoas que tenham conhecimento para discutir os assuntos. Então tem várias pessoas com reclamações do Conselho. E o Conselho é uma peça importante no município. Deveria ser. O Conselho tinha que ouvir as pessoas da comunidade. Fazem uma reuniões fechadas, sem transparência, e a situação vai sendo levada... Tem muitas coisas no município que pode beneficiar a comunidade, e ela não sabe. Não sabe nem pedir. É essa a dificuldade. (E13)*

Parece não haver dúvidas sobre o desconhecimento, por parte da maioria daquelas lideranças, da existência de um Conselho Municipal de Saúde em Pontal do Paraná. Dos que manifestaram alguma posição que pudesse estar relacionada à existência de um conselho de saúde, uma das falas afirma que a Prefeitura está incentivando a participação das associações, mas acrescenta que a finalidade é a de evitar uma maior demanda de solicitações diretamente feitas à Prefeitura, ou seja,

*"prá evitar que todo mundo corra à Prefeitura" (E3).*

Apenas dois entrevistados se manifestaram positivamente sobre a existência do Conselho. Um deles foi enfático em afirmar algo sobre o C.M.S., informando ser ele próprio um conselheiro. Esta pessoa era, ao mesmo tempo, um funcionário da prefeitura, aliás, a única pessoa das entrevistadas a ter uma relação formal de emprego com a municipalidade. Esta condição, muito provavelmente, favorecia o seu acesso às informações e deve ter influenciado de alguma forma para sua indicação como conselheiro. Pelo teor de suas colocações sou levado a inferir que ele representa o segmento dos prestadores de serviços, talvez o próprio gestor municipal:

*Aqui tem, sim. Eu conheço. Foi formado o Conselho e ele tem convidado os representantes da sociedade - como manda o estatuto - para participar das reuniões e também das decisões do Conselho. Eu participo do Conselho. Eu sou conselheiro de.. [não soube dizer o segmento que representa]. Todas as decisões a nível do Conselho têm sido feitas com os membros do Conselho. Dessa região tinha o Prof. Anísio. Mas agora eu não sei quem. Eu sei que tem... Eu sei que tem, mas não sei os nomes... Eu sou conselheiro e estou por fora! Você viu como é?! Então, de repente, não adianta você ser conselheiro [e estar por fora!]. Só que é o tal negócio: como o meu papel lá dentro não é um papel de atuar na prática - eu sou um informador - eu acho que estou*

*desempenhando bem, porque o dia que vou lá prá debater as coisas eu levo todas essas questões na ponta da língua. (E2)*

A outra pessoa que disse saber da existência do C.M.S., ao mesmo tempo colocou dúvidas sobre a veracidade do que estava respondendo. Eis sua fala:

*Sim, sabemos que há um conselho. Até foi solicitado pela Secretaria de Saúde do município um delegado para participar de uma comissão de saúde e para auxiliar no trabalho da Secretaria. Não sei bem se é isso. Mas ninguém se apresentou. Até riram de mim quando falei no caso. Disseram que a Associação [de Moradores] nem funciona, quanto mais entrar numa coisa dessas. Quanto à composição do Conselho, quem participa, quais são, se há alguém representando Pontal, isso não sabemos mesmo. Você não pode trazer essas informações para a gente? (E10)*

É interessante, ainda, notar como na primeira fala o conselheiro (E2) separa questões de ordem "prática" de questões que devem atender a outras finalidades, no caso, a de ser apenas um informante. Ou seja, para ele, debater, refletir, decidir não são atos considerados de natureza prática! Estaria esta posição revelando o que parece abalizado por um certo tipo de senso comum, o fato de apenas ser considerado prático o trabalho manual, enquanto o trabalho intelectual, que exigiria o exercício da reflexão, estaria em outro patamar, como se não fosse da mesma importância para a prática?! Certamente.

#### - PRÁTICA DE TRABALHOS COMUNITÁRIOS EM SAÚDE

Pensando ainda em conhecer alguns valores daqueles grupos com relação à disposição para o trabalho coletivo/comunitário frente aos problemas de saúde, formulei a seguinte

pergunta: "O seu grupo já fez algum trabalho coletivo sobre saúde? Se fosse convidado a participar para discutir sobre questões de saúde, o grupo iria?". Aqui estão os registros:

*Claro que se formos convidados a participar, nós participamos. Mas nunca fomos convidados. Nós somos assim: nós não discutimos, nós aplicamos. Se for discutir dá uma confusão. Nós fazemos e não discutimos. (E1)*

*A prefeitura entrou com o material e a população com a mão de obra. Com uma espontaneidade fantástica!... Quando foi dragado o canal, o governo [do Estado] não reconstruiu aquilo que foi destruído. Havia uma passarela que não foi reconstruída. Um dia os moradores daqui correram uma lista para reconstruir. Eu peguei a lista e levei para o Secretário de Obras e esta já foi uma ação da [nossa] Associação. A gente também quer fazer trabalho de urbanismo aqui, melhorar a frente de Vila. (E2)*

*Tranquilo, participa sim [a Associação]. (E3)*

*Sim, se fossem chamados para isso. (E4)*

*Acho que nós precisamos começar a discutir os problemas daqui. Faz parte do meio social de uma igreja, de uma comunidade. Até agora, que eu saiba, ninguém fez nada. (E5)*

*Nós na APM nunca discutimos problemas de saúde. (E6)*

*A gente trabalhou quando teve o cólera. A gente saía pela comunidade, com outras pessoas de Curitiba e outros lugares, para distribuir panfletos e orientar... A única oportunidade foi essa da cólera... Com certeza [participaria se chamado para isso],*

*porque a gente tem que estar informado. A gente que exerce uma liderança tem que estar informado para repassar. (E7)*

*Sobre saúde infelizmente a gente pouco se reúne para discutir. Depois que se criaram as Associações de Moradores é nelas que se discute... **Sim, participaria** [se convidado]. (E8)*

*A Igreja não tem um a atividade de discussão sobre a saúde... Nós estamos brigando há 3 anos para construir uma casa de recuperação para viciados... Nós temos os métodos para atender. Temos muitas orientações para fazer isso. A igreja tem jeito para trabalhar e recuperar muita gente... **Eu creio que sim, creio que sim** [sobre a participação do grupo se solicitado]. (E9)*

*A associação fez uma campanha contra o lixo, tentando orientar os moradores do bairro para não jogarem detritos em qualquer lugar... Também participou da campanha contra o cólera.. No mais a associação lutou por iluminação pública, pela construção de um acostamento aqui na via, para evitar os atropelamentos... Não [participaram de trabalho junto com outros grupos]... **Sim, se fossem chamados para isso** [trabalho integrado com outros grupos]. (E10)*

*A Associação é nova... Antes disso a gente não participava de nenhuma. (E11)*

*[A A.P.M.] **participaria, com certeza.** (E12)*

*A Associação nunca discutiu questões de saúde da comunidade, apenas a situação de assistência à saúde dos próprios comerciantes...Mas aqui para a comunidade não se discutiu nada... Não [participou de trabalho coletivo sobre saúde]. (E13)*

A recente epidemia de cólera<sup>16</sup> que ocorreu no litoral paranaense também marcou a vida dos moradores de Pontal do Sul. Para dar conta do trabalho preventivo, com vistas a evitar o aumento do número de infectados, a comunidade foi chamada a colaborar numa série de ações locais. Parece que a oportunidade serviu como uma espécie de sinalização para mostrar o potencial de boa vontade, de disponibilidade, de espírito de parceria e de capacidade dos grupos em realizar um trabalho que tinha como objetivo o bem estar comum.

Ainda desta questão é possível deduzir que a ausência de discussão e de debates sobre problemas comunitários, tais como os que dizem respeito à saúde, não passa despercebida pelas pessoas. Parece evidente o desassossego manifestado por alguns dos entrevistados por causa da falta do envolvimento coletivo com os problemas locais.

Em resumo, da análise das manifestações dos moradores podem ser localizados elementos relacionados às duas categorias analíticas assumidas neste trabalho: *o processo saúde-doença e o controle social*. Com relação ao **processo saúde-doença** foi possível elencar os seguintes núcleos de pensamento presentes nas falas registradas em Pontal do Sul:

- problemas de saúde centrados em situações de emergências;
- o tipo de meio ambiente físico como condição que favorece a saúde;
- situação sócio-econômica e a infra-estrutura do município como determinantes das condições de saúde;
- ações solidárias na busca de soluções para situações de doença;

---

<sup>16</sup> De março a abril de 1999 a região litorânea do Paraná registrou um surto epidêmico de cólera cujo centro foi localizado no município de Paranaguá, com 464 casos notificados. Também foram notificados um (1) caso em Pontal do Paraná e um (1) caso em Guaraqueçaba. (Cólera, 2000)

- serviços de saúde melhor equipados também considerados como solução para os problemas de saúde existentes.

Com relação à categoria analítica **controle social** tem-se os seguintes núcleos de pensamento:

- desconhecimento geral sobre a existência de Conselho Municipal de Saúde;
- manifestação de interesse em participar de discussões e trabalhos comuns sobre saúde.

O que é relevante ressaltar, também, é que, apesar do reconhecimento de que existem determinantes negativos para o processo saúde-doença ("o que não é bom para a saúde das pessoas em Pontal?") tais como a situação econômica difícil, as drogas, a falta de saneamento básico, a falta de acesso à alimentação e o desemprego, a comunidade também considera *prioritário* o acesso a bons serviços de saúde, embora algumas pessoas apontem também as obras de saneamento, as ações em educação etc. ("se você fosse prefeito, o que acha que deveria ser feito?").

## 5.2 ANÁLISE DOS RESULTADOS

A análise que apresento a seguir não pretende esgotar a riqueza do material levantado durante as conversas e durante as observações que pude fazer durante os contatos com tantas pessoas, e tão variadas situações. Os aspectos que privilegio, em minhas ponderações, são aqueles que julgo de maior pertinência com relação ao tema central de meu estudo: a possibilidade do "*controle social*" exercido pela comunidade nas políticas públicas de saúde.

A situação social e econômica em que vive a maior parte da população de Pontal do Sul a coloca num plano mais ou menos homogêneo, não existindo grandes contrastes entre classes sociais. Não se verifica ali grandes desníveis na geração de renda, pois as atividades produtivas variam entre o pequeno comércio de abrangência local às ocupações básicas na construção civil e às atividades ligadas à pesca marítima. Grande parcela do movimento econômico, no entanto, gira direta ou indiretamente em torno do turismo, atividade característica de muitas cidades litorâneas e balneárias do país. Sendo assim, os empregos estão relacionados ao transporte marítimo, à gastronomia e hotelaria, à construção, reparo e vigilância de residências de veranistas etc. O quadro social que daí se origina possibilita condições mais ou menos semelhantes de vida, de saúde e de assistência à saúde para as pessoas do local (Egry, 1994).

Isto posto, é possível perceber que o processo saúde-doença das comunidades de Pontal do Sul revela situações mais ou menos particulares, expressando, no nível individual, as condições coletivas de vida que, por sua vez, resultam da forma específica com que aquelas pessoas produzem e consomem para garantir a sua existência material (Egry, 1994). A consciência coletiva manifesta com relação às situações de carências, embora possa parecer inoperante dada a baixa capacidade dos atuais mecanismos locais em promoverem uma transformação explícita desta realidade, se expressa de forma bastante clara quando ouvidos os indivíduos singulares. São queixas e denúncias que não são (ainda) coletivamente problematizadas. Para a compreensão deste fato busco respaldo no pensamento de Paulo Freire (1980, p. 25) quando afirma que a *“ao nível espontâneo, o homem ao aproximar-se da realidade faz simplesmente a experiência da realidade na qual está e procura. Esta tomada de consciência não é ainda a conscientização, porque esta consiste no desenvolvimento crítico da tomada de consciência.”* É que para Paulo Freire (1984, p. 104) a *“consciência crítica é a representação das coisas e dos fatos como se dão na existência empírica, nas relações causais e circunstanciais.”* Para a consciência se tornar crítica é preciso que ela problematize os fatos. O cotidiano é vivido em Pontal do Sul - de acordo com a uma maioria expressiva das entrevistas - como algo descolado de um cenário maior, portanto, sem relações com causas estruturais. Há conhecimento, mas não há ação. É, de acordo ainda com Paulo Freire, o que se poderia afirmar tratar-se de manifestações de uma consciência ingênua sobre a realidade.

Tendo estas considerações como pano-de-fundo coloco os seguintes pontos:

I – A grande maioria dos entrevistados manifestou total desconhecimento da existência de um Conselho de Saúde do município de Pontal do Paraná - instalado desde abril de 1997 - e sua obrigatoriedade ou utilidade. Muito menos soube dizer da participação de algum representante dos moradores de Pontal do Sul neste conselho, bem como não sabiam da realização das Conferências Municipais de Saúde, pelo menos enquanto tal. Foram feitas referências a convocações para alguma reunião onde o objetivo seria discutir sobre a saúde. Apenas uma pessoa entrevistada, disse saber do Conselho Municipal, pois participa do mesmo como representante do segmento da administração pública.

II – Nenhum dos entrevistados relata, por sua vez, ter sido convidado a participar de qualquer discussão ou debate para decidir alguma iniciativa de trabalho relacionada com a área da saúde num âmbito mais comunitário.

III – A maioria absoluta dos entrevistados se disse disponível e interessada em participar de algum fórum ou instância para discutir e encaminhar questões que dizem respeito à saúde.

IV – Muitos deles se mostraram muito preocupados com a questão ambiental, referindo-se à importância do meio-ambiente para a saúde e, portanto, para a qualidade de vida da coletividade.

V – Embora muitas pessoas tenham afirmado que o Município de Pontal do Paraná tenha melhorado a assistência à saúde dos moradores locais depois da emancipação do município de Paranaguá, ainda assim a maioria dos entrevistados denuncia a falta de condições mínimas para o atendimento de situações de emergência na localidade, ficando a população à mercê da sorte e dos laços de solidariedade que constituem um forte traço comum

no relato das pessoas entrevistadas. As queixas se estendem também, mas em menor intensidade, com relação à precariedade de atenção médica, disponível apenas num dos períodos do dia, e mesmo assim nem sempre garantida. É sentida, particularmente, a falta de atenção médica ginecológica e obstétrica.

VI - Finalmente, e por me parecer o aspecto central nesta pesquisa, existe uma consciência sanitária manifesta nas comunidades, quando o processo saúde-doença é sentido como resultante de condições sociais que vão desde as questões econômicas (trabalho e renda) à satisfação de necessidades humanas básicas: educação, segurança, alimentação, moradia, lazer.

Diante do exposto, é possível afirmar que existe um horizonte aberto para o processo de expressão da consciência coletiva nesta comunidade, e dos efeitos que daí possam resultar. Ocupada em garantir, muitas vezes, a sobrevivência de si e dos seus, as pessoas pouco tempo dispõem para oportunizar o debate e melhorar as organizações locais. Porém, de forma contraditória, fica também muito fácil perceber que é neste ambiente de descaso social que as pessoas vão forjando, de uma maneira ou de outra, algum grau de consciência individual e grupal. Para se entender tal situação, é preciso considerar que sobre estas comunidades atuam processos estruturais que têm servido muito mais como paralizadores do que impulsionadores da conquista do bem comum.

## 6 AS POSSIBILIDADES DE TRANSFORMAÇÃO

Pontal do Sul é um dos milhares de distritos em que se subdividem os mais de 5000 municípios brasileiros. Apresenta as condições sócio-econômicas comuns à maioria do povo brasileiro, onde as carências são de toda ordem. A desigualdade iníqua na distribuição da renda resulta igualmente na impossibilidade de se verem concretizados os direitos da cidadania afirmados na Constituição Brasileira. Particularmente, o direito à saúde fica seriamente comprometido quando as políticas públicas não são implementadas, seja pela falta objetiva de recursos orçamentários específicos, seja pelo desvio escandaloso dos bens públicos e para o quê não vem existindo punição - legitimando uma cultura de impunidade - seja ainda porque a população não tem conseguido ser, de fato, controladora e fiscalizadora da aplicação justa dos recursos disponibilizados (ainda que insuficientes). Sem dúvida alguma, grande parte da população se ressentem com os efeitos provocados pela ação espoliadora de grupos instalados nos diversos níveis do poder público e igualmente de grupos privados empenhados em manipular recursos a favor de seus próprios interesses; a população sofre com o efeito desmobilizador gerado pela mídia de massa que indiretamente "receita" a passividade e o conformismo como saídas diante da ausência sistêmica de justiça social; a população amarga os efeitos do conseqüente menosprezo que a cultura acaba conferindo à participação e atuação políticas e, principalmente, sofre com o desânimo crônico, fruto de décadas de contínuos golpes contra os sonhos utópicos de construção de uma sociedade mais justa e humana.

Apesar de tudo isso, há indignação e há esperança em muitos segmentos da população, materializadas num movimento que alcançou sua grande expressão nos anos 80. De todos os campos da vida social, o da saúde parece ter sido aquele que mais suscitou a participação das comunidades organizadas neste país. Em nenhuma outra esfera se consolidou a formação e

atuação de conselhos com a presença paritária de representantes da população como nos Conselhos e Conferências de Saúde. E não apenas isso. Concordando com Cruz Neto (1993, p. 32), após a constituição e implementação dos Conselhos e Conferências de Saúde, "*um espaço que ganhou projeção na relação participativa dos usuários com os setores político-administrativos foi o espaço local*. [sem grifo no original]". O espaço local agora passa a ser representado na esfera pública, e o indivíduo que habita este local, antes anônimo e diluído nos números e estatísticas, surge com identidade e coloca suas questões sobre a mesa de debate. O território onde vive a população passa, de fato, a ser um território-processo, conceito retomado da primeira parte deste trabalho (p. 8).

A instituição legal do controle social na legislação sanitária só foi possível como luta onde se comprometeram amplos setores populares e de intelectuais brasileiros. O exercício da participação democrática, representado na prática do controle social, e que se concretiza com expressividade na realização de Conferências de Saúde e na organização de Conselhos de Saúde, tem significado uma das poucas ofensivas *permanentes* contra as políticas de desmonte dos serviços públicos brasileiros. Mais do que isso, a prática do controle social, em que pesem todos os obstáculos trazidos pelo violento empobrecimento de extensas camadas da população, tem se mostrado como um "laboratório" onde é possível criar projetos, ensaiar engajamentos e alimentar esperanças. Ali, nos Conselhos e Conferências, os novos atores sociais têm podido exercitar suas falas, têm podido praticar suas alianças, e têm crescido com o debate pedagógico em torno de conflitos do cotidiano e com a formulação de propostas de enfrentamento. Teixeira (1996) registra que o controle social tem colocado questões centrais com que se defronta o processo de construção do SUS no país como um todo, e que dizem respeito à vontade política, competência técnica e probidade administrativa para impulsionar o processo.

O controle social tem sido tema de agenda de inúmeros eventos em saúde, por todo o país. São conferências, congressos nacionais, regionais e/ou estaduais, encontros específicos etc., onde as ações de controle social têm sido estudadas, avaliadas, reivindicadas, registradas. Paralelamente, diversas têm sido as iniciativas em preparar quadros de conselheiros, tanto para o nível municipal como estadual, onde o debate político sempre está presente, abordando

questões que dizem respeito a recursos humanos, rede de assistência, financiamento, planejamento, intersectorialidade etc.

Por outro lado, aqueles profissionais que atuam nas estruturas de governo, seja nos níveis municipais como nos níveis estaduais que, de fato, se mostram comprometidos com a construção do Sistema Único de Saúde, devem fundamentar suas ações no compromisso com práticas que sejam ao mesmo tempo *educativas*. Porém, é preciso que os conceitos e práticas educativas sejam igualmente revistos. Neste sentido, algumas reflexões sobre a ação educativa referenciada à saúde merecem registro neste momento do trabalho. E poderia, talvez, começar com uma reflexão crítica sobre o que se tem convencido chamar de "educação em saúde", denominação sobre a qual se organizam e se implementam práticas sanitárias nos cotidianos das administrações e serviços públicos de saúde em todo o país. Estas práticas também são desenvolvidas à exaustão pelos cursos de formação de profissionais das áreas da saúde, muitas vezes sem a reflexão e o debate críticos necessários para garantir que o resultado dessas "intervensões" seja efetivamente educador.

A própria idéia de uma educação em saúde, ao meu ver, já se presta a um questionamento necessário. Nas práticas desenvolvidas pelo que se convencionou chamar de "Educação em Saúde", em geral, se atribui às pessoas a responsabilidade por sua própria saúde, obscurecendo a determinação exercida por sua real situação de classe. Nesta visão, explica-se a origem dos problemas de saúde que afetam a população não como consequência daquela situação (de classe), mas pelas condutas "erradas", resultantes da "ignorância" ou do "comodismo" dessa mesma população (Ornellas, 1988). Assim pensada e praticada, a "Educação em Saúde" age como o instrumento que irá realizar a adequação dos padrões de conduta das pessoas às normas que satisfazem os modelos dominantes vigentes, implantando condutas novas, prévias e exteriormente definidas, sem contudo pretender alterar a ordem social, mesmo quando essa ordem vem a ser a causa das condutas que pretende substituir (Ornellas, 1988).

É preciso inverter o percurso da reflexão. O termo *educação* tem origem no latim, *educere*, "conduzir para fora", pretendendo indicar o sentido de "provocar para que aconteça uma mudança de dentro para fora". Esta é a mesma compreensão que tem do processo educativo Paulo Freire (1996, p. 52) quando afirma que "*ensinar não é transferir*

*conhecimento, mas criar as possibilidades para sua produção ou a sua construção.*” Freire acredita que cada ser humano pode e deve participar na construção de seu processo educativo, o que é perfeitamente viável, desde que se criem as condições básicas necessárias para que isso aconteça. Ele parte do princípio de que todos os seres humanos, do idoso à mais jovem criança, produzem um “volume” de experiências ao longo de sua existência que é a base sobre a qual se dá o processo mais amplo de educação. Este processo, no entanto, não se dá de forma espontânea. É preciso ser provocado e estimulado. Portanto, no processo educativo, o educando, o educador (professor, animador, orientador, etc.) e os conteúdos a serem trabalhados têm igualmente papel central. O que Freire esclarece é que o processo educativo deve acontecer a partir dos saberes adquiridos nas próprias experiências das pessoas que se educam. Em outras palavras, trata-se dos saberes acumulados no âmbito do território-processo, isto é, no espaço social onde vivem determinadas comunidades. Estes saberes, então, serão o substrato para os indivíduos construírem outros saberes, mais elaborados, mais complexificados, sempre mediados pelo trabalho do educador. Nesta reelaboração dos próprios saberes os indivíduos vão se tornando mais autônomos e capazes de considerar criticamente a realidade onde vivem e, como consequência, com possibilidades de transformá-la. Nesta perspectiva, enfim, pode-se concluir que educador e educando se educam simultaneamente, numa relação dialética.

Recorrendo mais uma vez ao trabalho de Egry; Shima (citado por Egry, 1994), assinalo o que as autoras entendem por educação ou, como elas próprias esclarecem, processo de ensinar e aprender:

Nesta visão (materialista histórica e dialética), o processo ensino-aprendizagem é entendido como ‘compartilha’ de experiências entre educador e o educando, vivenciando, na prática, a busca conjunta de soluções para as questões a serem enfrentadas. É necessário levar em conta as experiências anteriores que cada educando possui. Este processo se dá na relação efetiva que se estabelece entre os envolvidos, perfilados diante de uma temática a ser abordada, com a característica primordial de lidar com as ansiedades diante das situações inusitadas. A assunção das responsabilidades nas situações mais difíceis é encargo do professor, devendo, no entanto, haver liberdade por parte dos alunos para reconhecer as próprias limitações e solicitar a ajuda necessária. Agir neste processo significa lidar com seres humanos e não com objetos (coisas), o que torna o mesmo altamente complexo. É um processo que, vivenciado ao mesmo tempo por alunos e docentes, deve evidenciar as diferentes visões de mundo presentes na sociedade e que determinam as atitudes das pessoas. Na enfermagem, enquanto um instrumento de trabalho (assistir em enfermagem, educação para a saúde), o processo ensino-aprendizagem tem como ponto de partida a relação concreta da prática e, numa relação dialética entre a teoria e a prática,

tenta estabelecer a devida relação entre o existente e o possível, entre o conhecimento construído e aquele a ser construído, entre a competência técnico-científica e a política. O que garante o ato educativo emancipador é a decisão de intervir para transformar, o que demanda um trabalho conjunto, lento e rigoroso e pressupõe não só a vontade política, mas também a necessidade de retomar passos já dados e de buscar pontos vulneráveis para a mudança. Trata-se de um processo dinâmico, garantido pelo compromisso de ambos, educador e educando, numa relação de troca para crescimento mútuo. Pressupõe, portanto, disponibilidade dos mesmos para reflexão e troca. (p.95).

Ao se retomar, neste ponto, o que foi problematizado no corpo do trabalho sobre a idéia de saúde, ou seja, que a saúde é produto de relações sociais que garantem a existência material, não se pode pensar numa educação em saúde, isto é, numa educação particularizada com fins de se obter a saúde como resultado específico. Melo (1989) consegue expressar de forma clara as implicações desta questão ao afirmar que

É necessário pensar a Educação e a Saúde não mais como uma educação sanitarizada (educação sanitária) [sem grifos no original] ou localizada no interior da saúde (educação em saúde) ou ainda educação para a saúde (como se a saúde pudesse ser um estado que atingisse depois de educado!). É preciso recuperar a dimensão da Educação e da Saúde/Doença e estabelecer as articulações entre esses dois campos e os movimentos (organizados) sociais. (p. 40).

É nesta perspectiva que a prática educativa deve ser, portanto, uma prioridade para os serviços públicos, em especial, dos municipais. Os conteúdos de saúde relacionados à cidadania não somente podem e devem ser veiculados nos currículos formais das escolas, em todos os graus, mas também devem ser trabalhados no cotidiano dos profissionais e tratados em eventos especificamente organizados para tal: cursos, capacitações, treinamentos, encontros, seminários, etc. Pontal do Paraná, a exemplo de tantos outros, tem feito pouco nesta direção.

O *controle social* em saúde deve ser uma prática na qual se acredite e, portanto, que se estimule e se promova em cada momento da atividade dos serviços de saúde. Porém, como lembra Valla (1993, p. 78), “a experiência tem demonstrado que não basta convocar a população a participar dos serviços. É indispensável considerar a visão de mundo e o comportamento das camadas populares quando entram em relação com os técnicos dos serviços de saúde.” Daqui decorrem compromissos sociais por parte dos trabalhadores de

saúde que vão desde o papel educativo, como já se frisou, ao papel de cidadão solidário com os movimentos populares em busca da construção democrática da sociedade.

Na reflexão sobre o controle social outro aspecto que igualmente tem seu lugar central é o tema da *informação*. Sem a difusão permanente de informações relacionadas à saúde é impensável a proposição de controle social. Este tem sido um ponto de estrangulamento real e fator desmobilizador no processo de construção do controle pelos usuários. Na verdade, a sonegação de informações - seja pela vontade deliberada em não disponibilizar dados estatísticos, seja pela inaptidão em coletar, organizar e analisar tais dados, bem como a omissão de debater e interpretar as informações decorrentes dos dados - tem sido complicador freqüente na organização de Conselhos de Saúde. Sem a informação, os conselheiros perdem parte do poder de intervenção e, por sua vez, encontram dificuldades em retroalimentar as bases que representam. Um dos obstáculos inequivocamente presentes com respeito à atuação dos Conselhos de Saúde é a falta do conhecimento da população. Isto é reconhecido por Raquel Dodge (2000), Procuradora da República, ao relatar que *"as principais dificuldades para o exercício das atribuições do Conselho de Saúde estão ligadas não só à sua própria instalação, mas ao desconhecimento da extensão e da natureza de suas atribuições, bem como das conseqüências de sua atuação, em cada caso."* Ficou muito evidente que em Pontal do Paraná há muito para se fazer neste particular.

Os serviços de saúde e os profissionais de saúde devem se compenetrar de que é também sua a responsabilidade de fazer circular a informação. Não é somente o grande recurso de mídia (rádio, jornal, televisão) que vai viabilizar esta necessidade da cidadania, embora ele deva ser buscado permanentemente como meio de divulgação. Há inúmeras outras formas de se disseminar informações e dados: jornais, boletins periódicos, folhetos, quadros informativos, murais etc.

Claro está que a informação é apenas um dos fatores recorrentes que impedem controles mais efetivos sobre o poder público. Há também obstáculos colocados pela qualidade das relações humanas. Lembra Wanderley (1993, p. 19) que uma *"burocracia viciada e ineficiente na qual grande parte dos funcionários perdeu o sentido do trabalho público"* distancia a população das instituições, colocando a necessidade de se buscar novas

práticas que venham a superar estas barreiras. É neste sentido que são pensados os papéis de *ouvidores* ou *ombudsman*, além de *comissões de ética*.

Nesta mesma direção também se propõe a atuação do Ministério Público que vem se organizando para atender demandas específicas. Assim, em Curitiba, por exemplo, foi criada a Promotoria de Defesa da Saúde Pública, com a obrigação de intervir sempre que alguma irregularidade no funcionamento do SUS for comunicada. Entre estas irregularidades podem estar os atos de omissão, abuso ou excesso da autoridade pública na constituição do conselho de saúde (Jornal do Conselho Municipal de Saúde de Curitiba, 2000).

Por últimos, é fundamental reconhecer a atuação dos movimentos sociais independentemente de sua vinculação com as instituições governamentais. Estes movimentos vêm estabelecendo, com sua práxis, uma agenda mais ampliada para o país, cumprindo seu papel na construção da cidadania. Neste mesmo ano de 2000 está prevista a realização da 11ª Conferência Nacional de Saúde, nos primeiros dias de dezembro, em Brasília. As Conferências Nacionais, como já se teve oportunidade de ressaltar no início deste trabalho, têm sido marcos políticos decisivos na condução das políticas e legislação do setor saúde. Neste ano o tema do evento é *Efetivando o SUS: Acesso, Qualidade e Humanização na Atenção à Saúde com o Controle Social*. Depois de 10 anos de existência do SUS (lembrando que a Lei 8142, que instituiu o controle social, foi aprovada em 1990) será a oportunidade de avaliar como a população tem participado, qual seu real poder na missão de formular e fiscalizar a implementação das políticas locais, estaduais e nacional de saúde, e quais deverão ser as prioridades e estratégias de enfrentamento para fazer avançar e valer o controle social.

Para reforçar estas considerações, a seguir faço algumas sugestões ao setor de saúde do Município de Pontal do Paraná, mesmo supondo que algumas destas ações, em alguma medida, possam estar sendo implementadas ou já o foram, mas que eu não poderia me furtar de deixar registrado neste contexto. Algumas destas sugestões já haviam sido propostas durante a realização da Oficina Regional sobre Controle Social, promovida na cidade de Paranaguá pelo Conselho Estadual de Saúde, em 21 de junho de 1997. São elas:

- Providenciar um espaço para painel ou mural dentro das Unidades de Saúde e em outros serviços de saúde do município, com a finalidade de divulgar informações permanentes a respeito do Conselho: composição do mesmo (entidades e representantes), data e local da próxima reunião, pauta da reunião, resultados alcançados; este mesmo espaço poderia ser utilizado para divulgar outras informações de interesse direto da população: direitos do usuário, telefones e endereços úteis (Procon, Ouvidoria, Secretaria Municipal de Saúde etc.);
- Publicar nos jornais de circulação local, periodicamente, matérias que tratem do papel do Conselho e Conferências Municipais de Saúde;
- Produzir, eventualmente, um boletim sobre a história e/ou trabalhos do Conselho, para ser distribuído principalmente no âmbito das entidades organizadas do município;
- Promover cursos de formação para os conselheiros e suplentes;
- Distribuir para as entidades do município o material produzido pelo Conselho Estadual de Saúde e Ministério da Saúde (p. ex. "Kit Conselheiro", "Guia de Referências para a Criação e Organização de Conselho de Saúde", bem como divulgar cópias de outros documentos disponíveis nas páginas da Internet mantidas tanto pelo Conselho Estadual (<http://www.saude.pr.gov.br>) como pelo Conselho Nacional de Saúde (<http://conselho.saude.gov.br>);
- Garantir a participação, na medida do possível, dos conselheiros nos eventos de abrangência tanto regional, como estadual e mesmo nacional;
- Fortalecer o papel do Ouvidor Municipal;
- Integrar o trabalho dos diversos Conselhos existentes a nível do Município: Conselho de Ação Social, Conselho do Trabalho, Conselho dos Direitos da Criança e do Adolescente etc.;
- Buscar parceria com a Universidade Federal do Paraná, através do Centro de Estudos do Mar, para projetos na área da saúde, em educação ambiental, promoção da qualidade de vida etc.

Encaminhando para a finalização gostaria de registrar que este trabalho de pesquisa teve como intenção básica constituir-se em mais uma referência que possa ser de utilidade na ação coletiva daqueles que têm para si o compromisso de tornar melhores as condições de vida da população. Fico com o pensamento de Brandão (1984, p. 12) ao considerar que "*m que conhecer para explicar a pesquisa pretende compreender para servir.*"

## 7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ter me disposto a realizar este trabalho, centrado no temário do controle social, significou a continuidade de um compromisso que há algum tempo tem ocupado lugar central na minha vida como profissional da saúde e como cidadão. Ainda na condição de estudante e recém graduado, na década de 80, participei, pela base, como integrante de movimentos de âmbito local, regional e nacional no debate da pauta colocada pela Reforma Sanitária. Foram inúmeros encontros, congressos, seminários, passeatas, abaixo-assinados, manifestos etc. Entre outras situações, tive a oportunidade de participar da histórica 8ª Conferência Nacional de Saúde (1986), além de ter sido delegado em inúmeras outras ocasiões: delegado pelo segmento dos usuários na 9ª (1992) e pelo segmentos dos trabalhadores de saúde na 10ª C.N.S. (1996); delegado na 1ª Conferência Estadual de Saúde (em 1991, como usuário) e 2ª C.E.S. (em 1995, como trabalhador de saúde); delegado na 1ª (1991) e 2ª (1993) Conferências Municipais de Saúde de Curitiba, como usuário, e na 3ª (1995), como trabalhador de saúde; e ainda como delegado estadual na II Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador (1994) e na IIIª Conferência Estadual de Saúde do Trabalhador (2000), como delegado pelo segmento dos prestadores de serviços de saúde.

Foram os acertos experimentados nesta longa militância no movimento sanitário que consolidaram em mim a certeza de que a questão do *controle social* deve ser tratada permanentemente de forma central pelos serviços de saúde, pelas entidades e órgãos representando trabalhadores do setor e mesmo fora dele, e também por todas as instituições formadoras de pessoal para a área da saúde. O controle social, na minha visão, não pode ser tomado apenas como *um dos* aspectos do Sistema Único de Saúde, e que deva ser deixado para o interesse apenas daquelas pessoas com "vocação" para a política. Ao contrário, as

questões afetas ao controle social devem se constituir numa necessidade de todos os profissionais da saúde, direta ou indiretamente, quer estejam eles atuando no campo das especialidades, em hospitais, clínicas, ambulatorios, unidades de saúde, quer estejam em serviços de apoio diagnóstico e de pesquisa, quer se dediquem ao âmbito da formação de recursos humanos. Em qualquer destas situações, através de suas representações institucionais ou de entidades específicas, os gestores, prestadores e trabalhadores da saúde sempre terão como contribuir para que o controle social se torne eficaz e efetivo. E deste compromisso devem se desdobrar também compromissos no sentido de priorizar, estimular e participar da implementação do controle social no âmbito das comunidades onde atuam.

Ao terminar este trabalho gostaria de reconhecer que é um trabalho com muitas limitações. Uma delas, por exemplo, foi não ter abrangido todos os demais segmentos da área da saúde nas minhas investigações, como os gestores públicos, os prestadores privados de serviços de saúde e os próprios trabalhadores de saúde. Porém não era esta a intenção no momento. Pode e deve ser um trabalho para o futuro. Ao ter priorizado o trabalho com os *usuários* do sistema de saúde, a população local, julgo ter atendido a uma lacuna com relação à qualidade desta participação, o que não se verifica apenas em Pontal do Paraná, mas em todo o país, dada tanto à insipiência na organização do movimento popular, principalmente em áreas urbanas de baixa densidade, como na dificuldade para circular a informação. Portanto, constituir mais um espaço onde a voz local pudesse ter expressão foi a minha expectativa. Em alguma medida penso tê-la atendido. A par disso, julgo que meus objetivos - formulados no início deste trabalho - foram satisfatoriamente cumpridos, pois agora considero ter ficado mais fácil localizar em Pontal do Sul as entidades organizadas daquela localidade, bem como conhecer algumas de suas expectativas, preocupações e disposições com relação aos problemas de saúde.

✧ A pesquisa realizada mostra que a região de Pontal do Sul, pelo menos nas manifestações que registrei, está carente de informação sobre o tema da participação e do controle social no campo da saúde. Devido à falta de registros, não é possível dizer se Pontal do Sul esteve representada na primeira composição Conselho Municipal de Saúde, mas fica bastante claro que não está representada na atual composição, a não ser pela presença, no Conselho, da Associação dos Ambulantes de Pontal do Paraná, de base municipal. Ocorre que nenhuma das pessoas entrevistadas ou inquiridas, referiu-se a esta entidade, o que sugere que

sua presença no Conselho não tem contribuído para divulgar os trabalhos daquele órgão, nem ao menos sua existência. É legítimo, portanto, relacionar esta ausência de representação de Pontal do Sul com a falta de informação por parte dos membros das organizações locais, manifestada durante as entrevistas. Esta ausência significa que estão afastados da participação democrática, ao menos no que diz respeito aos assuntos da área da saúde. Ou então, é possível pensar que eventuais informações, se obtidas por algum outro membro das entidades consultadas, não tenham sido coletivizadas. De qualquer forma, é preciso que este tipo de situação seja superado mediante a adoção de práticas que priorizem tanto a *informação* como a *formação* das comunidades para uma participação efetiva.

Por outro lado, penso ser oportuno declarar que tenho absoluta consciência das enormes dificuldades que certamente devem estar pesando sobre os responsáveis do município na implementação das políticas públicas de saúde e conseqüente garantia da assistência individual e coletivas em Pontal do Paraná. Afinal é um município bastante novo e ainda se encontra em fase de estruturação de seus serviços e organização do quadro de pessoal próprio. A disponibilidade de recursos orçamentários para a saúde tem sido historicamente desigual no país, mostrando que a prioridade é pensada para outros setores. No entanto, esta condição de município recém formado não pode servir como justificativa para que se deixe em plano secundário as ações que visem estimular e facilitar a participação popular. Ao contrário, estas devem ser prioritárias, pois devem ser a base e condição para a retomada na construção do sistema público de saúde.

Como cidadão que se pretende ver reconhecido como tal, tenho trabalhado na perspectiva de ver superadas, definitivamente, as usuais distâncias entre Estado e população. Tenho absoluta convicção de que esta separação somente estará sendo superada com a participação dos contribuintes nas decisões sobre como devem ser gastos os recursos que permanentemente está obrigado a repassar para o Estado, bem como manifestar suas posições sobre os rumos que deve tomar a construção do país.

Foi para a consecução desses propósitos que se pensou o controle social. Os Conselhos e as Conferências de Saúde não estão propostos "*para depois*" que o cenário estiver montado e sim para colaborar na construção do mesmo. Não há um *script* pronto, como pondera Ramos, (1996, p. 332) "*mas sim um cenário histórico dado, nacional e localmente. A leitura,*

*compreensão e acordos possíveis dar-se-ão no decorrer do jogo político, na construção da cidadania, nas relações constitutivas do público e privado."*

A vida pública tem no trabalho dos Conselhos e Conferências de Saúde uma grande oportunidade de vir a ser cenário concreto para o exercício da cidadania.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALMEIDA, C. M. **Os atalhos da mudança na saúde do Brasil**. Rio de Janeiro : OPAS/OMS, 1989.

ALMEIDA, M. C. P. de. O materialismo histórico na pesquisa em enfermagem. In: SEMINÁRIO NACIONAL DE PESQUISA EM ENFERMAGEM (4. :1985 : São Paulo). **Anais**. Brasília : Associação Brasileira de Enfermagem, 1985.

ARANHA, M. L. A.; MARTINS, M. H. P. **Filosofando** : introdução à filosofia. 2.ed. São Paulo : Moderna, 1993.

AROUCA, A. S. S. **O dilema preventivista** : contribuição para a compreensão e crítica da medicina preventiva. Campinas, 1975. Tese (Doutorado) - Faculdade de Medicina, Universidade de Campinas.

BÓGUS, C. M. **Participação popular em saúde** : formação política e desenvolvimento. São Paulo : Annablume : FAPESP, 1998.

BRANDÃO, C. R. **Repensando a pesquisa participante**. São Paulo : Brasiliense, 1984.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Municipalização das ações e serviços de saúde** : a ousadia de cumprir e fazer cumprir a lei. **Saúde em Debate**, Londrina, n. 38, p. 4-16, mar. 1993.

- BREIHL, J. **Epidemiologia** : economia, política e saúde. São Paulo : Unesp : Hucitec, 1991.
- CAMPOS, G. V. S. **Reforma da reforma** : repensando a saúde. 2.ed. São Paulo : Hucitec, 1997.
- CANESQUI, A. M. (Org.). **Dilemas e desafios das ciências sociais na saúde coletiva**. São Paulo; Rio de Janeiro : Hucitec; Abrasco, 1995.
- CAPRA, F. **O ponto de mutação**. São Paulo : Cultrix, 1995.
- CARVALHO, A. I. **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, S. (Org.). **Saúde e democracia** : a luta do Cebes. São Paulo : Lemos Editorial, 1997. p. 93-111.
- CHAUÍ, M. **Cultura e democracia** : o discurso competente e outras falas. 7.ed. São Paulo : Cortez, 1997.
- CÓLERA - Vamos tratar deste assunto. **Saúde no Paraná** : Boletim Epidemiológico, Curitiba, v. 2, n. 6, p. 4-5, 1999.
- CONASEMS - CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS MUNICIPAIS DE SAÚDE. **Sistema único de saúde**. 3.ed., ago. 1992. Publicações técnicas nº 2
- CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. **Histórico do conselho nacional de saúde**. <http://conselho.saude.gov.br>. Arquivo capturado em 15 de junho de 2000a.
- \_\_\_\_\_. **Legislação**. <http://conselho.saude.gov.br>. Arquivo capturado em 15 de junho de 2000b.

CRUZ NETO, O. Poder local, participação e agir educativo. In: MELO, J. A. C.(Org.) **Educação : razão e paixão**. Rio de Janeiro : ENSP, 1993. p. 27-42.

CURY, C. R. J. **Educação e contradição**. 4.ed. São Paulo : Cortez : Autores Associados, 1989.

DODGE, R. E. F. A equidade, a universalidade e a cidadania em saúde, vista sob o prisma da justiça. In: PARANÁ. Secretaria de Estado da Saúde. Instituto de Saúde do Paraná. Conselho Estadual de Saúde do Paraná. **Legislação : subsídios**. <http://www.saude.pr.gov.br>. Arquivo capturado em 24 de junho de 2000.

DONNANGELO, M. C. F.; PEREIRA, L. **Saúde e sociedade**. São Paulo : Duas Cidades, 1979.

EGRY, E. Y. **Elementos teórico-metodológicos para a intervenção prática da enfermagem em saúde coletiva**. São Paulo, 1994. Tese (Livre-Docência) – Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo.

\_\_\_\_\_. **Saúde coletiva : construindo um novo método em enfermagem**. São Paulo : Ícone, 1996.

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

FARIA, J. E. Direitos humanos e globalização econômica : notas para uma discussão. **Revista Estudos Avançados**, São Paulo, n. 30, p. 43-53, maio/ago. 1997.

FOUCAULT, M. **Microfísica do poder**. Rio de Janeiro : Graal, 1979.

FREIRE, Paulo. **Conscientização**. São Paulo : Moraes, 1980.

\_\_\_\_\_. **Educação como prática da liberdade.** Rio de Janeiro : Paz e Terra, 1984.

\_\_\_\_\_. **Pedagogia da autonomia : saberes necessários à prática educativa.** São Paulo : Paz e Terra, 1996.

GERMANO, R. M. **Educação e ideologia da enfermagem no Brasil.** São Paulo : Cortez, 1983.

HABERMAS, J. **Mudança estrutural da esfera pública.** Rio de Janeiro : Tempo Brasileiro, 1984.

LAKATOS, E. V.; MARCONI, M. A. **Fundamentos da metodologia científica.** 3.ed. São Paulo : Atlas, 1991.

LANDMANN, J. **As medicinas alternativas : mito, embuste ou ciência.** Rio de Janeiro : Guanabara, 1989.

LAURELL, A. C. A saúde-doença como processo social. In: NUNES, E. D. (Org.) **Medicina social : aspectos históricos e teóricos.** São Paulo : Global, 1983. p. 133-158.

LUZ, T. M. **Medicina e ordem política brasileira.** Rio de Janeiro : Graal, 1982.

\_\_\_\_\_. **Natural, racional, social : razão médica e racionalidade científica moderna.** Rio de Janeiro : Campus, 1988.

KOSIK, K. **Dialética do concreto.** 2.ed. Rio de Janeiro : Paz e Terra, 1976.

MARTINS, J. de S. **O poder do atraso : ensaios de sociologia da história lenta.** 2.ed. São Paulo : Hucitec, 1999.

MELO, J. A. C. de. Educação sanitária : uma visão crítica. **Cadernos do CEDES** – Centro de Estudos Educação e Sociedade, Campinas, n. 4, p. 28-43, 1989.

MENDES, E. V. **A evolução histórica da prática médica** : suas implicações no ensino e na tecnologia médicas. Belo Horizonte : PUC-MG : FINEP, 1984.

MENDES, E. V. (Org.). **Distrito sanitário** : o processo social de mudança das práticas sanitárias do sistema único de saúde. 2.ed. São Paulo; Rio de Janeiro : Hucitec; Abrasco, 1994.

\_\_\_\_\_. **A organização da saúde no nível local**. São Paulo : Hucitec, 1998.

MERHY, E. E. **O capitalismo e a saúde pública**. 2.ed. Campinas : Papyrus, 1987.

MINAYO, M. C. de S. **O desafio do conhecimento** : pesquisa qualitativa em saúde. 2.ed. São Paulo; Rio de Janeiro : Hucitec; Abrasco, 1993.

MINAYO, M. C. de S. et al. (Org.). **Pesquisa social** : teoria, método e criatividade. Petrópolis : Vozes, 1994.

NAKAMAE, D. D. **Formação de atitudes ético-profissionais** : pensamento e experiência de estudantes de enfermagem. São Paulo, 1992. Tese (Livre-Docência) – Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo.

NUNES, E. D. (Org.). **Juan César Garcia** : pensamento social em saúde na América Latina. São Paulo : Cortez, 1989.

O PAPEL do Ministério Público no controle social. **Jornal do Conselho Municipal de Saúde**, Curitiba, n.7, p. 3, set. 2000.

ORNELLAS, C. P. Educação em saúde : prática sanitária ou instrumento de ação ideológica? **Revista Educação em Questão**, Natal, v. 1-2, n. 2, p. 79-87, jul. 1987/jun. 1988.

PARANÁ. Secretaria de Estado da Saúde. Instituto de Saúde do Paraná. Conselho Estadual de Saúde do Paraná. **Conferências Estaduais de Saúde**. <http://www.saude.pr.gov.br>. Arquivo capturado em 15 de junho de 2000a.

\_\_\_\_\_. **Legislação estadual**. <http://www.saude.pr.gov.br>. Arquivo capturado em 15 de junho de 2000b.

PIRES, D. **Hegemonia médica na saúde e a enfermagem** : Brasil: 1500 a 1930. São Paulo : Cortez, 1989.

\_\_\_\_\_. **Reestruturação produtiva e trabalho em saúde no Brasil**. São Paulo : Confederação Nacional dos Trabalhadores em Seguridade Social – CUT : Annablume, 1998.

RAICHELIS, R. **Esfera pública e conselhos de assistência social** : caminhos da construção democrática. São Paulo : Cortez, 1998.

RAMOS, C. L. Conselhos de saúde e controle social. In: EIBENSCHUTZ, C. (Org.) **Política de saúde** : o público e o privado. Rio de Janeiro : Fiocruz, 1996. p. 329-344.

RIZZOTTO, M. L. F. **História da enfermagem e sua relação com a saúde pública**. Goiânia : AB, 1999.

ROCHA, O. A. **Subsídios para a história de Pontal do Paraná**. Paranaguá : Núcleo, 1997.

SADER, E.; GENTILI, P. (Org.). **Pós-neoliberalismo** : as políticas sociais e o estado democrático. Rio de Janeiro : Paz e Terra, 1995.

SCOCUGLIA, A. C. **A história das idéias de Paulo Freire e a atual crise de paradigmas.** João Pessoa : Universitária/UFPB, 1997.

TEIXEIRA, C. F. Conferências municipais de saúde : construindo o SUS na Bahia. **Saúde em Debate**, Londrina, n. 52, p. 50-57, set. 1996.

TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais : a pesquisa qualitativa em educação.** São Paulo : Atlas, 1987.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ. Centro de Estudos do Mar. **Histórico.** <http://www.ufpr.br>. Arquivo capturado em 13 de maio de 2000.

VALLA, V. V.; STOTZ, E. N. (Org.). **Participação popular, educação e saúde.** Rio de Janeiro : Relume-Dumará, 1993

WANDERLEY, L. E. W. Formas de controle social : alcances e limites. In: ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE. **Revisão constitucional : controle social e formas organizacionais do SUS.** Brasília, 1993. p. 17-21.

## **ANEXOS**

## **ANEXO I**

### **QUESTÕES DE ROTEIRO PARA AS ENTREVISTAS SEMI-ESTRUTURADAS A SEREM REALIZADAS COM MEMBROS DE ASSOCIAÇÕES OU LIDERANÇAS COMUNITÁRIAS DE PONTAL DO SUL**

- Quais os problemas de saúde mais comuns aqui em Pontal do Sul?
  
- O que tem em Pontal do Sul que é bom para a saúde das pessoas? E o que tem que não é bom para a saúde das pessoas?
  
- Quando as pessoas têm alguma necessidade relacionada com a saúde, como isto é resolvido? Quais são os meios mais comuns de resolver problemas com a saúde em Pontal? Como as pessoas se viram para resolver esses problemas?
  
- O grupo de vocês já fez algum trabalho em saúde junto com outros grupos/associações?
  
- Você acredita que podem trabalhar integrados com outros grupos ou pessoas para uma causa comunitária? Como seria para que isso acontecesse?
  
- Você já ouviu falar do Conselho Municipal de Saúde de Pontal do Paraná? Se já, sabe se Pontal do Sul tem algum representante neste Conselho? Quem é? Quais os problemas que ele leva para serem discutidos lá?

LEI Nº 018, de 30 de Abril de 1997.

**SÚMULA:** "Cria o Conselho Municipal de Saúde e dá outras providências".

A Câmara Municipal de Pontal do Paraná aprovou e eu, Prefeito Municipal sanciono a seguinte Lei:

## **CAPITULO I**

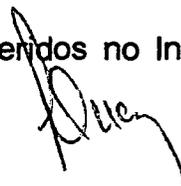
### **Dos Objetivos**

**Art. 1º - Fica criado o Conselho Municipal de Saúde - CMS, em caráter permanente, como órgão deliberativo e consultivo do Sistema Único de Saúde - SUS, no âmbito municipal e instituída a Conferência Municipal de Saúde.**

**Parágrafo Único - A Conferência Municipal de Saúde será realizada anualmente, sempre no mês de Abril, em caráter ordinário e por convocação do Poder Executivo, ou por este ou pelo Conselho Municipal de Saúde, em caráter extraordinário.**

**Art. 2º - Sem prejuízo das funções do Poder Legislativo Municipal, compete ao Conselho Municipal de Saúde - CMS:**

- I - definir as prioridades da política de saúde;**
- II - estabelecer as diretrizes a serem observadas na elaboração do Plano Municipal de Saúde;**
- III - atuar na formulação de estratégias e controle da execução da política de saúde;**
- IV - propor critérios para a programação e para as execuções financeira e orçamentária do Fundo Municipal de Saúde-FMS, e fiscalizar a movimentação e aplicação dos recursos;**
- V - acompanhar, avaliar e fiscalizar os serviços de saúde prestados à população pelos órgãos, entidades públicas e privadas, integrantes do Sistema Único de Saúde - SUS no município;**
- VI - definir critérios de qualidade para o funcionamento dos serviços de saúde públicos e privados no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS;**
- VII - definir critérios para a celebração de contratos ou convênios entre o setor público e as entidades privadas de saúde, no que tange à prestação de serviços de saúde;**
- VIII- apreciar previamente os contratos e convênios referidos no Inciso anterior;**



IX - estabelecer diretrizes quanto à localização e o tipo de unidades prestadoras de serviços de saúde públicos e privados, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS;

X - elaborar e modificar o seu Regimento Interno;

XI- outras atribuições estabelecidas em normas complementares;

## CAPITULO II

### Da Estrutura e do Funcionamento

#### SEÇÃO I

##### Da Composição

Art. 3º - O Conselho Municipal de Saúde - CMS terá a seguinte composição:

- I- 01 (um) representante da Secretaria Municipal da Saúde;
- II- 01 (um) representante da Secretaria Municipal de Educação;
- III- 01 (um) representante da Secretaria Municipal da Ação Social;
- IV- 01 (um) representante da Secretaria Municipal do Meio Ambiente, Esporte e Turismo;
- V- 01 (um) representante da Secretaria Municipal das Finanças;
- VI- 01 (um) representante dos prestadores de serviços na área de saúde contratados pelo Sistema Único de Saúde SUS;
- VII- 01 (um) representante dos prestados de serviços na área de saúde, desvinculados do Sistema Único de Saúde - SUS;
- VIII- 07 (sete) representantes escolhidos por intermédio de todas as entidades ou associações comunitárias, existentes no território do município há pelo menos 02 (dois) anos.

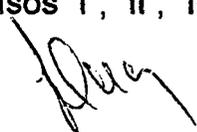
§ 1º - A cada titular do Conselho Municipal de Saúde - CMS corresponderá um suplente.

§ 2º - Será considerada como existente, para fins de participar na escolha dos representantes que tomarão assento perante o Conselho Municipal de Saúde - CMS, a entidade juridicamente constituída e em atividade.

§ 3º - O número de representantes dos usuários não será inferior a 50% (cinquenta por cento) dos membros do Conselho Municipal de Saúde - CMS.

Art. 4º - Os membros efetivos e suplentes do Conselho Municipal de Saúde - CMS serão nomeados pelo Prefeito Municipal, mediante indicação:

I - pelo respectivo Secretário Municipal nos casos dos Incisos "I", "II", "III", "IV" e "V" do artigo 3º desta Lei



II - das respectivas entidades, nos demais casos;

§ 1º - O Secretário Municipal de Saúde é membro nato do Conselho Municipal de Saúde - CMS e será o seu presidente;

§ 2º - Na ausência ou impedimento do Secretário Municipal de Saúde, a presidência do Conselho Municipal de Saúde - CMS será assumida por seu suplente.

Art. 5º - O Conselho Municipal de Saúde - CMS rege-se-à pelas seguintes disposições, no que se refere a seus membros:

I - o exercício da função de Conselheiro não será remunerada, considerado-se serviço público relevante;

II - os membros do Conselho Municipal de Saúde - CMS serão substituídos, caso falem sem motivo justificado a três reuniões consecutivas ou cinco intercaladas, no período de doze meses, imediatamente anterior a constatação do fato;

III - os membros do Conselho Municipal de Saúde - CMS poderão ser substituídos mediante solicitação da entidade ou autoridade responsável, apresentadas ao Prefeito Municipal;

IV- o mandato dos Conselheiros será de dois anos.

## **SEÇÃO II**

### **Do Funcionamento**

Art. 6º - O Conselho Municipal de Saúde - CMS terá seu funcionamento regido por regimento interno próprio e obedecendo as seguintes normas:

I - o órgão de deliberação máxima é o plenário;

II - as sessões plenárias serão realizadas ordinariamente a cada trimestre, e extraordinariamente quando convocadas pelo Presidente ou por requerimento da maioria dos seus membros.

III - para a realização das sessões será necessária a presença da maioria absoluta dos membros do Conselho Municipal de Saúde - CMS, que deliberará pela maioria dos votos presentes;

IV - cada membro do Conselho Municipal de Saúde - CMS terá direito a um voto na sessão plenária;

V - as decisões do Conselho Municipal de Saúde - CMS serão consubstanciadas em resoluções.

Art. 7º - A Secretaria Municipal de Saúde, prestará o apoio administrativo necessário ao funcionamento do Conselho Municipal de Saúde - CMS.

Art. 8º - Para melhor desempenho de suas funções o Conselho Municipal de Saúde - CMS poderá recorrer a pessoas e entidades, mediante os seguintes critérios:

I - poderão ser convidadas pessoas ou instituições de notória especialização para assessorar o Conselho Municipal de Saúde - CMS em assuntos específicos;

II - poderão ser criadas comissões internas, constituídas por entidades-membros do Conselho Municipal de Saúde - CMS e outras instituições, para promover estudos e emitir pareceres a respeito de temas específicos.



Art. 9º - Todas as sessões do Conselho Municipal de Saúde - CMS serão públicas e precedidas de ampla divulgação.

Parágrafo Único - As resoluções do Conselho Municipal de Saúde - CMS, bem como os temas tratados em plenário, reuniões de diretoria e comissões, deverão ser amplamente divulgadas.

Art. 10º - O Conselho Municipal de Saúde - CMS elaborará seu Regimento Interno no prazo de 90(noventa) dias após a publicação desta Lei.

Art. 11º - Para atender as despesas com a instalação do Conselho Municipal de Saúde, fica autorizado o Executivo Municipal a abrir crédito adicional especial no valor de R\$ 1.000,00 (hum mil reais).

§ 1º - Como recurso para a abertura do crédito previsto no artigo anterior, o Executivo utilizar-se-á do previsto no inciso III, § 1º, do artigo 43 da Lei Federal nº 4.320/64.

§ 2º - O crédito adicional especial autorizado, será raberto até o limite de seu saldo, para atendimento das despesas do exercício de 1.997, conforme artigo 45 da Lei 4.320/64 e § 2º, do artigo 167 da Constituição Federal.

Art. 12º - Esta Lei entrará em vigor na data de sua publicação, revogadas as disposições em contrário.

Gabinete da Prefeitura Municipal de Pontal do Paraná, em 30 de Abril de 1997.



HÉLIO GASSLER DE QUEIROZ  
PREFEITO MUNICIPAL

<b>PUBLICAÇÃO</b>			
ATO	Lei nº 018 de 30.04.97		
ORGÃO	Serviço Aluário		
EDIÇÃO nº	18	Data	17.05
		Pg.	07
		Em.	19.05.97
FUNC. ENCARREGADO			
DIAZIN B. INOCO ASS. MUN. (RPMO) Pontal do Paraná - 83.255-000			



## LEI N° 167

**SÚMULA: "Dá nova redação ao Parágrafo único do Artigo 1º e aos Artigos 3º e 4º da Lei Municipal n.º 018 de 30 de abril de 1.997."**

**A CÂMARA MUNICIPAL DE PONTAL DO PARANÁ, APROVOU E EU PREFEITO MUNICIPAL SANCIONO A SEGUINTE LEI:**

**Art. 1º - O Parágrafo único do artigo 1º da Lei Municipal n.º 018/97, passa a ter a seguinte redação:**

**"Parágrafo único. A Conferência Municipal de Saúde será realizada a cada dois anos, preferencialmente no mês de abril, em caráter ordinário e por convocação do Chefe do Poder Executivo Municipal; ou em caráter extraordinário convocado pelo Conselho Municipal de Saúde (NR)."**

**Art. 2º - O artigo 3º da Lei Municipal n.º 018/97 passa a ter a seguinte redação:**

**"Artigo 3º - O Conselho Municipal de Saúde será composto por 12 membros, mantendo-se o mesmo número de vagas para suplentes, respeitando a proporção de 50% (cinquenta por cento) de representantes dos usuários do sistema de saúde municipal, 25% (vinte e cinco por cento) dos representantes do Governo Municipal ou prestadores de serviços e 25% (vinte e cinco por cento) de representantes trabalhadores da saúde, sendo escolhidos da seguinte forma:"**

**I - Os representantes da comunidade serão indicados pelas associações e entidades comunitárias legalmente constituídas e existente no Município há pelo menos 2 anos, mediante eleição realizada na Conferência Municipal de Saúde;**



## Prefeitura do Município de Pontal do Paraná

Pontal do Paraná - A Menina dos Olhos do Litoral  
Rua Guaraguacú, 675 - Balneário Praia de Leste - Pontal do Paraná / PR  
CEP 83.258-000 - Fone/FAX (041) 458-1144

**II – Os representantes do Governo Municipal ou prestadores de serviços, mediante indicação do Chefe do Poder Executivo;**

**III – Os representantes dos Trabalhadores da saúde, mediante indicação da entidade de classe representativa da categoria, legalmente constituída.**

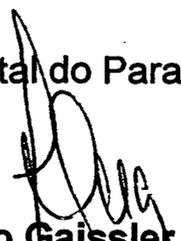
**Parágrafo único.** A presidência do Conselho Municipal de Saúde será exercida pelo Secretário Municipal de Saúde, sendo este membro nato (NR).

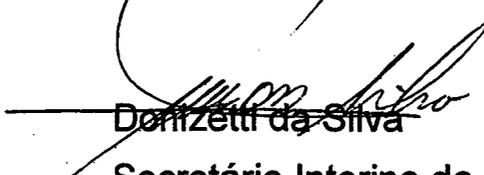
**Art. 3º - O artigo 4º da Lei Municipal n.º 018/97, passa a ter a seguinte redação:**

**“Artigo 4º - Os membros do Conselho Municipal de Saúde e seus respectivos suplentes serão nomeados pelo Chefe do Poder Executivo (NR).”**

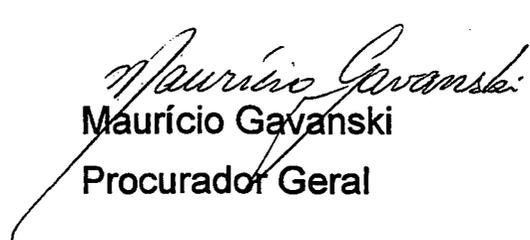
**Art. 4º - Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação, revogadas as disposições em contrário.**

Pontal do Paraná, 12 de Novembro de 1999.

  
**Hélio Gaissler de Queiroz**  
**Prefeito Municipal**

  
~~Donizetti da Silva~~

**Secretário Interino de Administração e Finanças**

  
**Maurício Gavanski**  
**Procurador Geral**

**PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE PONTAL DO PARANÁ  
GABINETE DO PREFEITO**

**DECRETO N.º 231/99**

**SÚMULA: " NOMEIA OS CONSELHEIROS E SUPLENTES, DO  
CONSELHO MUNICIPAL DA SAÚDE".**

**O PREFEITO MUNICIPAL DE PONTAL DO PARANÁ, ESTADO DO PARANÁ,** no uso de suas atribuições legais, e de acordo com o estabelecido no artigo 4.º da Lei n.º 018/97 e Ofício n.º 314/99-SMSART;

**DECRETA:**

**Artigo 1.º** Ficam nomeados os Conselheiros Efetivos e Suplentes para comporem o Conselho Municipal da Saúde, para o biênio de 1.999/2000.

**Artigo 2.º** A composição do Conselho Municipal da Saúde, passa a ser a seguinte:

**I - Presidente :** Rita Blitzkow de Queiroz

**II - Conselheiros :**

**a) Representantes dos Usuários:**

<b>Conselheiro</b>	<b>Entidade</b>
Rosália M. Nascimento	APM Escola Ezequiel P. da Silva
Abrão de Oliveira	Assoc.Comunitária Guaraguaçu
Jorge Kindermann	Assoc.Vend.Ambulantes Pontal PR
Lilian S. Soares Marchioro	GVI - Grupo Vol. De Ipanema
Luciano M. Mantovani	AMOSOL
João de Lima Terres	Capela Santa Cruz
Aristides Siborde	Lions Club

<b>Suplentes</b>	<b>Entidade</b>
Nelson Rodrigues	Assoc.Moradores P.Leste-APRALE
Maria Cirlene Gasperin	APM Escola Amatuzzi de Pinho
José Cunha Filho	AMOSI
Matilde Carvalho	Ass.Moradores do Jardim Jacarandá
Gastão do Nascimento	ACIAPAR
Anísio Alves da Silva	Rotary Clube



**b) Representantes das Secretarias Municipais**

<b>Conselheiros</b>	<b>Secretaria</b>
Dirceu Mendes Sobrinho	Sec.Mun.Adm.e Finanças
Vilma B.Mariano de Miranda	Sec.Mun.Educação e Cultura
Antonio Carlos F. Calheiros	Sec.Mun.Saúde,Ação S.Rel.Tr.
Angela Cristina J. Pereira	Sec.Mun.Obras,Urban e Hab.
Silvania Maria da Silva	Sec.Mun.Saúde,Ação S. Rel.Tr.

<b>Suplentes</b>	<b>Secretaria</b>
Joaquim Bilro Tinoco	Sec.Mun.Adm.e Finanças
Danieie Mariano de Miranda	Sec.Mun.Educação e Cultura
Luiz Dumpierry Pontes	Sec.Mun.Saúde,Ação S. Rel.Tr.
Charles Adriano Gomes	Sec.Mun.Obras,Urban e Hab.
Maria Amélia Kravitz	Sec.Mun.Saúde,Ação S.Rel.Tr.

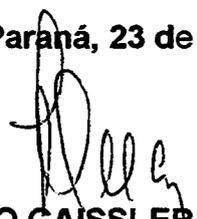
**c) Representantes dos Trabalhadores Saúde**

<b>Conselheiros</b>	<b>Suplente</b>
Marta de Gasperi	Álvaro Daniel Taborda
Helenice A.R. de Castro	Silvia Adriana Buss

**Art. 3.º** O mandato dos Conselheiros será pelo período de dois (2) anos, não cabendo remuneração por tratar-se de serviço público relevante.

**Art.4.º** Este Decreto entra em vigor na data de sua publicação, com seus efeitos a partir de 23 de junho de 1.999, revogadas as disposições em contrário.

**Pontal do Paraná, 23 de junho de 1.999.**

  
**HÉLIO GAISSLER DE QUEIROZ**  
**Prefeito Municipal**