

REJANE ROESLER MOCINHO

**CONSTRUINDO E ANALISANDO UMA
PROPOSTA DE INSTRUMENTALIZAÇÃO
DE CONSELHEIROS DE SAÚDE PARA O
EXERCÍCIO DO CONTROLE SOCIAL.**

PASSO FUNDO/RS, JULHO DE 2000.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CURSO DE MESTRADO EM
ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM
MESTRADO INTERINSTITUCIONAL
CAPES/ UFSC/ FAPERGS - UPF

**CONSTRUINDO E ANALISANDO UMA
PROPOSTA DE INSTRUMENTALIZAÇÃO
DE CONSELHEIROS DE SAÚDE PARA O
EXERCÍCIO DO CONTROLE SOCIAL.**

REJANE ROESLER MOCINHO

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

PROF^a. DR^a. ROSITA SAUPE -
ORIENTADORA

PASSO FUNDO/RS, JULHO DE 2000.

Passo Fundo, 27 de julho de 2000.

**CONSTRUINDO E ANALISANDO UMA PROPOSTA DE
INSTRUMENTALIZAÇÃO DE CONSELHEIROS DE SAÚDE
PARA O EXERCÍCIO DO CONTROLE SOCIAL.**

Rejane Roesler Mocinho

Esta Dissertação foi submetida ao processo de avaliação pela Banca
Examinadora para obtenção do título de

MESTRE

E aprovada em sua versão final em _____, atendendo às
normas da legislação vigente da Universidade Federal de Santa Catarina,
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem: Assistência de
Enfermagem.

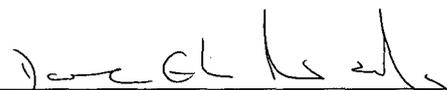

Prof. Dra. Denise Elvira Pires de Pires

Coordenadora do Curso de Mestrado em Assistência de Enfermagem

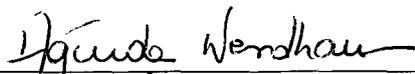
BANCA EXAMINADORA:



Profa. Dra. Rosita Saupe
Presidente



Profa. Dra. Denise Elvira Pires de Pires
Membro



Profa. Dra. Agueda Wendhausen
Membro

Profa. Dra. Zuleica Maria Patrício
Membro Suplente

"Gosto de ser homem, de ser gente, porque sei que minha passagem peio mundo não é predeterminada, preestabelecida. Que o meu 'destino' não é um dado mas algo que precisa ser feito e de cuja responsabilidade não posso me eximir. Gosto de ser gente porque a História em que me faço com os outros e de cuja feitura tomo parte é um tempo de possibilidades e não de determinismo. Gosto de ser gente porque, inacabado, sei que sou um ser condicionado mas, consciente do inacabamento, sei que posso ir mais além dele."

Paulo Freire, 1997 .

"Se eu fui capaz de ver mais longe
é porque estava de pé nos ombros
de gigantes"

Isaac Newton

**Para Edson, Thiago, Vinícius e Bruna,
amores de minha vida, pelo apoio
incondicional, por suportar e entender
minha ausência, por partilhar as muitas
alegrias e também os momentos de
angústia. Dedico esse trabalho a vocês.**

**MEU AGRADECIMENTO SINCERO Á TODAS AS
PESSOAS QUE, COMIGO, FIZERAM ESTA HISTÓRIA**

**Aos meus pais Irio e Zelina que, além de me dar a vida,
ensinaram-me a vivê-la com dignidade.**

Pelo amor, respeito, confiança e estímulo.

**À Professora Rosita, minha orientadora, educadora e amiga
por acreditar nesse trabalho e nas minhas potencialidades.**

**"Me movo como educador porque, primeiro, me movo como gente."
Paulo Freire, 1997.**

**Para Bernadete e Lúcia, pela confiança depositada
que acabou possibilitando esse momento.**

**"Amigo é coisa prá se guardar do lado esquerdo do peito, dentro do
coração..."**

**Às colegas do curso de mestrado pelo apoio, pela convivência
prazerosa, pelo sofrimento e alegria coletivos, pelo compartilhar.**

**À administração e colegas de trabalho da Secretaria Municipal da
Saúde por assumirem minhas tarefas quando precisei estar ausente,
pelo apoio e compreensão.**

Aos alunos do Curso de Enfermagem da UPF, motivo deste desafio.

Aos educadores do Curso de Mestrado em Assistência de Enfermagem da UFSC e da UPF pela competência e pelo estímulo.

À Coordenação, funcionários e colegas professores do Curso de Enfermagem da UPF, pelo apoio e compreensão.

Aos Conselheiros Municipais de Saúde de Passo Fundo, pela parceria na construção deste trabalho.

À Paulo Freire, pela inspiração e pelo exemplo de vida.

À CAPES, FAPERGS, UFSC E UPF pela possibilidade.

À todas as pessoas que, de alguma forma, contribuíram para que esse momento fosse possível.

“Não posso entender os homens e as mulheres, a não ser mais que simplesmente vivendo, histórica, cultural e socialmente existindo, como seres fazedores de seu ‘caminho’ que ao fazê-lo, se expõem ou se entregam ao ‘caminho’ que estão fazendo e que assim os refaz também” FREIRE, 1997.

RESUMO

Este estudo partiu da percepção de que, embora garantida legalmente, a participação da sociedade civil nas políticas públicas de saúde é incipiente e, ainda, de que por ser um processo relativamente novo, a instituição dos conselhos de saúde, em processo de construção, necessita melhorias em sua qualidade e em sua representatividade, que só serão alcançadas mediante o exercício participativo e democrático. Considerando a importância do Controle Social para que as políticas de saúde tenham caráter igualitário, universal e integral, estabeleceu-se como objetivo para este estudo elaborar, aplicar e analisar uma proposta de instrumentalização dos Conselheiros Municipais de Saúde, com a finalidade de fortalecer sua atuação no desempenho do controle social das políticas públicas de saúde e, através da implementação desta proposta, promover a participação consciente do Conselho Municipal de Saúde como instância deliberativa, visando a superação dos limites de sua atuação. Pensamos que a participação, para ser exercida de fato, exige uma constante capacitação dos diversos atores sociais para expressar suas aspirações e necessidades, e que assim, o estímulo à essa prática é essencial ao desenvolvimento, traduzindo-se em um meio para a solução dos problemas sociais. A partir de uma reflexão teórica sobre o Movimento da Reforma Sanitária Brasileira nas décadas de 70 e 80 e sobre a educação problematizadora proposta pelo educador Paulo Freire, utilizou-se a “pesquisa convergente assistencial”, na qual os sujeitos do estudo estão envolvidos de maneira participativa. Essa metodologia requer a compreensão das reais necessidades dos envolvidos para que possam intervir na formação de suas próprias subjetividades e transformar a realidade material e ideológica de dominação em que se encontram e concretiza-se através de uma prática educativa que parte do conhecimento pré-existente dos participantes. Os resultados são mostrados através das falas dos sujeitos, que demonstram a pertinência do método. A proposta de instrumentalização dos conselheiros, utilizando a metodologia problematizadora de Paulo Freire, mostrou-se pertinente e eficaz neste tipo de trabalho, por provocar o estímulo à uma aproximação com a realidade concreta. Ao mesmo tempo, revitalizou nossas crenças nas possibilidades de implementação do SUS a partir da participação da sociedade civil na gestão das políticas públicas de saúde.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE/DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
CURSO DE PÓS GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

Autor: Rejane Roesler Mocinho.

Orientadora: Prof^ª. Dr^ª Rosita Saupe.

Título: Construindo e Analisando uma Proposta de Instrumentalização de Conselheiros de Saúde para o Exercício do Controle Social.

Dissertação de Mestrado.

Passo Fundo/RS, 27 de julho de 2000.

ABSTRACT

This study started from the perception which, although guaranteed legally, the participation of the civil society in the public politics of health is incipient and, still, for being a process relatively new, the institution of advice of health, in construction process, needs improvements in its quality and in its representativeness, that will only be reached by the participant and democratic exercise. Considering the importance of the Social Control so that the politics of health have character equalitarian, universal and integral, was settled down as objective for this study to elaborate, to apply and to analyze a proposal of instrumentation of the Municipal Counselors of Health, with the purpose of strengthening their performance in the social control of the public politics of health and, through the implementation of this proposal, to promote the conscious participation of Municipal Council of Health as deliberative instance, seeking the outcome of the limits of its performance. We thought the participation for being exercised in fact, demands a constant training of the several social actors to express their aspirations and needs, and like this, the incentive for this practice is essential to the development, being a way for the solution of the social problems. Starting from a theoretical reflection about the Movement of the Brazilian Sanitary Reform in the decades of 70 and 80 and about the problematical education proposed by the educator Paulo Freire, the "convergent assistencial research" was used, in which the subjects of the study are involved of participant way. That methodology requests the understanding of the real needs of those involved so that they can intervene in the formation of their own subjectiveness and to transform the material and ideological reality of dominance in that they are and make concrete through an educational practice which begins from the participants' pre-existent knowledge. The results are shown through the speeches of the subjects, that demonstrate the pertinence of the method. The proposal of the counselors' instrumentation, using Paulo Freire's problematical methodology, was shown pertinent and effective in this type of work, for provoking the stimulus to an approach with the concrete reality. At the same time, it revitalized our faiths in the possibilities of implementation of SUS starting from the participation of the civil society in the administration of the public politics of health.

FEDERAL UNIVERSITY OF SANTA CATARINA
CENTER OF SCIENCES OF HEALTH/DEPARTAMENT OF NURSING
COURSE OF POST GRADUATION IN NURSING

Author: Rejane Roesler Mocinho.

Advisor: Professor Dr Rosita Saupe.

Title: Building and Analyzing a Proposal of Instrumentation of Counselors of Health for the Exercise of the Social Control.

Dissertation of Master's degree.

Passo Fundo/RS, July 27, 2000.

SUMÁRIO

1.	INTRODUÇÃO:	12
	1.1. Justificativa.....	14
	1.2. Objetivos.....	18
2.	FUNDAMENTANDO A PROPOSTA	19
	2.1. O Local do Estudo	35
3.	CONSTRUINDO A PROPOSTA	37
4.	ANALISANDO A PROPOSTA	48
	4.1. Diagnóstico.....	50
	4.2. Quadro Comparativo das Respostas dos Conselheiros..	64
	4.3. Os Encontros do Círculo de Cultura.....	65
5.	SÍNTESE	108
6.	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	118
	ANEXOS	122

LISTA DE FIGURAS E GRÁFICOS

Fig. nº 1	Representação Gráfica da Proposta Metodológica.....	47
Gráfico nº 1	.....	51
Gráfico nº 2	.....	52
Gráfico nº 3	.....	52
Gráfico nº 4	.....	53
Gráfico nº 5	.....	54
Gráfico nº 6	.....	55
Gráfico nº 7	.....	56
Gráfico nº 8	.....	57
Gráfico nº 9	.....	58
Gráfico nº 10	.....	59
Gráfico nº 11	.....	61
Gráfico nº 12	.....	62
Gráfico nº 13	.....	63
Tabela nº 1	Quadro comparativo das respostas dos conselheiros..	64

1. INTRODUÇÃO

O tema deste estudo emergiu após vários anos de experiência profissional em Saúde Pública no setor de Planejamento, junto à Secretaria Municipal da Saúde e Meio Ambiente de Passo Fundo/RS e também como docente, no Curso de Enfermagem da Universidade de Passo Fundo.

Tanto no planejamento como na docência, houve um contato estreito com o Conselho Municipal de Saúde (CMS), o que provocou algumas inquietações, principalmente no que se refere a falta de agilidade nas decisões, ao descomprometimento da grande maioria dos profissionais que atuam na rede pública, ao estabelecimento de relações mecânicas e utilitaristas entre o órgão gestor e a comunidade, a falta de consciência de cidadania por parte da população usuária dos serviços, e, ainda, um insuficiente preparo de alguns conselheiros para deliberar sobre as questões relativas às políticas de saúde do município, entre outras.

Enquanto técnico que acredita na participação de todos os indivíduos que compõem a sociedade como forma de implementação de políticas de saúde realmente efetivas, estas constatações sempre foram angustiantes.

Analisando-me como profissional e ser humano nesse contexto, é que optei em desenvolver uma temática voltada a conceber o processo educativo de enfermagem como um processo interativo, transformador e articulado às necessidades e às propostas sociais, com a intenção de aproximar a realidade do ideal e construir um ideal voltado ao real.

A experiência profissional como técnico e docente em Saúde Pública, despertaram-me para o compromisso com as transformações necessárias ao desenvolvimento das políticas públicas de saúde, e nesse contexto, mais especificamente, com relação à proposta de participação da sociedade civil, enquanto processo educativo que busca fortalecer a consciência de cidadania, lançando olhares para a assunção do papel dos sujeitos na definição das diretrizes da gestão na área da saúde.

Foi nessa perspectiva que optei por uma nova proposta de instrumentalização dos Conselheiros Municipais de Saúde de Passo Fundo, utilizando o método de Paulo Freire para educação de adultos, através da pesquisa convergente assistencial que, segundo TRENTINI e PAIM (1999, p. 43), tem como critérios

(...) a resolução de problemas, sejam de natureza prática ou teórica; introduzir inovações no campo da prática, ser desenvolvida concomitantemente com o trabalho do pesquisador, ou o pesquisador se envolver no trabalho do contexto assistencial da pesquisa; envolver de maneira participativa as pessoas investigadas e reconhecer dados obtidos no processo de prática assistencial como dados de pesquisa.

A educação como prática libertadora proposta por Freire busca, no indivíduo, a transcendência do cotidiano em que vive para uma análise crítica, objetivando a construção coletiva de uma ação social que busque a liberdade humana.

Essa metodologia requer a compreensão das reais necessidades dos sujeitos envolvidos para que possam intervir na formação de suas próprias subjetividades e transformar a realidade material e ideológica das condições de dominação em que se encontram, através de uma prática educativa que parte do conhecimento pré-existente dos envolvidos.

1.1. Justificativa

A participação popular, garantida pela Constituição de 1988, é vista como uma das mais importantes conquistas na construção de uma sociedade democrática participativa, que permita sustentar a pertinência do SUS como um processo social de construção da saúde, com poder de influência na gestão e produção de políticas de saúde.

Entretanto, a despeito da garantia legal, a evidência da precária conquista da cidadania pela grande maioria da população brasileira constatada no quadro de saúde que se mostra à nossa frente, leva-nos a refletir sobre o importante papel que podemos desempenhar como profissionais de saúde, no processo de construção da cidadania.

A participação popular, bem como suas formas de conquista, tem sido debatida desde a época das primeiras articulações referentes à Reforma Sanitária brasileira e parece imensurável a energia social já dispendida neste processo. No entanto, o que se observa é que ainda há um longo caminho a ser percorrido, pois, segundo GIACOMINI, (1992, p 109) "*o dinamismo social estrutura e desestrutura constantemente o que parece já ser passado e o que parecia definitivo*", assim a participação precisa ser conquistada e reconquistada constantemente.

Enquanto profissional da saúde que vivencia esta prática e acompanha os movimentos da gestão municipal e do Conselho de Saúde de Passo Fundo, cabe aqui uma pergunta: se existe um arcabouço jurídico legal, se existe um Conselho legalmente constituído cuja função é deliberar sobre as políticas de saúde e fiscalizar sua implementação, que motivos podem estar tornando a implementação do SUS tão lenta?

Dentre muitos pontos a serem considerados, a falta de preparo dos conselheiros para deliberar sobre as questões relativas à saúde observados junto ao CMS de Passo Fundo, a meu ver, é uma das questões mais importantes e tem sua origem em diversas causas. Dentre elas podemos citar:

a dificuldade de avaliação das propostas e resultados apresentados pelo gestor, seja pela utilização da linguagem técnica ou pelo desconhecimento da estrutura organizativa; a sonegação e a manipulação de informações reforçando o autoritarismo; a sobreposição do interesse privado em detrimento do público; a falta de conhecimento sobre o que seja participação social; a cultura de subordinação dos setores populares ao Estado como decorrência do processo histórico de dominação; a cultura organizacional de desqualificação do saber popular e; a centralização da resolutividade dos serviços de atenção à saúde na figura do profissional médico, são algumas das causas mais importantes.

Uma segunda questão, refere-se aos motivos que levam a esta falta de instrumentalização e aí, cabe uma outra pergunta: como preparar-se para ser conselheiro sem nunca tê-lo sido, sem nunca ter "participado" das decisões acerca de nossa própria vida?

O Brasil viveu vários anos em um regime estritamente autoritário e centralizador que deixou marcas profundas na população. À instalação da Nova República (1985), fundamentada em um pacto democrático articulado entre as elites brasileiras, coube a tarefa de consolidar a transição democrática, principalmente através da reorganização institucional que culminou na promulgação da Constituição de 1988.

Pode-se observar assim, que a democratização das políticas sociais é recente, data de uma década atrás. Esse tempo certamente é insuficiente para provocar uma mudança estrutural que pudesse produzir novos sujeitos sociais, portadores de interesses, ideologias e visões de mundo diferentes das disseminadas e praticadas anteriormente.

Há também que se considerar que, apesar de existirem muitas correntes que atribuem ao SUS a situação caótica em que se encontra a saúde brasileira, numa análise realista, podemos buscar no descaso com o social produzido pelo modelo econômico implantado no país, o verdadeiro alicerce do atual cenário em que vivemos.

Até recentemente, o planejamento e implementação das políticas sociais eram executados pelo Estado de forma centralizada, ou seja, um só ator aglutinando todas as funções, o que provocou a marginalização da sociedade civil em suas múltiplas expressões e possibilidades de ação através de vivências sociais. Isso ocorreu não só com as camadas mais simples da população, os demais setores da sociedade como, por exemplo, os próprios órgãos formadores de recursos humanos reproduziram, e ainda reproduzem, esta prática de cultivo ao centralismo, tornando a maior parcela da sociedade brasileira alienada em relação às principais decisões.

Com a Enfermagem não poderia ter sido diferente. O que se percebe é que, a partir da década de 80, a Enfermagem brasileira acompanhou todas estas transformações tendo sido absorvida por elas para depois, criticamente, modificar sua postura, como referem MADALOSSO & cols. (1999, p. 17) ,

(...) a Enfermagem percebeu a necessidade de mudanças ousadas e provocativas, e voltou-se para o questionamento de seu próprio trabalho, a desenvolver a criticidade sobre suas ações e seus saberes, a analisar as situações em que se envolve, a enfrentar e romper as barreiras que a realidade lhe impõe e que limitam a sua atuação, e a superar a postura alienada e comodista em relação a realidade de saúde nacional e as políticas pertinentes desenvolvidas.

A luta pela Reforma Sanitária, com todas as suas implicações, ao alcançar a Enfermagem representou, na história da profissão, mais um marco de importantes conquistas pois, desta forma, surgiu a possibilidade de lançar-se, mesmo que incipientemente, no sistema e nas políticas de saúde como gestora, executora e, principalmente, crítica.

Da inserção de uma nova prática em Enfermagem surge a necessidade da instrumentalização para a competência técnica e científica e, também, de uma competência política, até então, segundo MADALOSSO e cols. (1999, p. 18) *“reprimida ou não estimulada ou direcionada para os aspectos técnicos e a dependência ao trabalho médico.”*

A organização surge como uma necessidade premente para a participação. Desta forma, os trabalhadores da enfermagem organizam-se em associações

de classe e fortalecem seus sindicatos, com o objetivo de reverter as precárias condições de trabalho a que são submetidos e a valorização de suas ações.

A categoria volta-se, então, para a valorização da saúde como bem social, capaz de intervir junto às reais necessidades da sociedade.

Exemplo da atuação cada vez mais participante deste profissional nas decisões das políticas públicas de saúde é o CMS de Passo Fundo, onde hoje temos nada menos que cinco enfermeiros num universo de trinta e dois conselheiros. Na gestão que encerrou-se em maio de 1999, um enfermeiro era coordenador do CMS e outros três eram conselheiros. E assim, também em outros municípios, encontramos enfermeiros desempenhando funções relevantes junto às Secretarias Municipais e Estaduais de Saúde, inclusive como Secretários Municipais e Coordenadores Regionais.

Neste contexto, pensamos que o enfermeiro, embora atuando em outros setores, que não os ligados aos órgãos públicos, não pode omitir-se do compromisso na implementação do Sistema Único de Saúde com todos os seus princípios e diretrizes, uma vez que as políticas públicas influenciam sobremaneira a saúde da população e, conseqüentemente, sua qualidade de vida.

Na implementação deste processo é preciso que nós, enfermeiros, busquemos a construção de procedimentos diferenciados e de novas posturas referentes ao trabalho em saúde, procedimentos estes, que tenham como base um vínculo efetivo entre usuários e demais trabalhadores do setor, e que busquem a resolutividade orientada para a autonomia dos usuários.

Esta autonomia, certamente, passa pela democratização do saber, pela solidarização do trabalhador e, principalmente, pelo compromisso com as necessidades do usuário.

Penso que, enquanto profissionais social e politicamente comprometidos, que fazem parte da equipe multidisciplinar da área da saúde, cabe também à Enfermagem o compromisso na implementação do SUS.

Assim, optamos por desenvolver uma proposta de instrumentalização de

conselheiros de saúde para o exercício de sua função, levando em consideração que o processo educativo está estreitamente vinculado à função do enfermeiro.

1.2. Objetivos

Considerando a importância do Controle Social para que as políticas de saúde tenham caráter igualitário, universal e integral e ainda, considerando que o Conselho Municipal de Saúde de Passo Fundo iniciou em maio de 1999 uma nova gestão, estabeleceu-se como objetivo para este estudo elaborar, aplicar e analisar uma proposta de instrumentalização dos Conselheiros Municipais de Saúde, com a finalidade de fortalecer sua atuação no desempenho do Controle Social das políticas públicas de saúde e, através da implementação desta proposta, promover a participação consciente do Conselho Municipal de Saúde como instância deliberativa, visando a superação dos limites de sua atuação.

2. FUNDAMENTANDO A PROPOSTA

Este capítulo apresenta a revisão de literatura que fundamenta a proposta do estudo.

Para entender-se como ocorreu a conquista da participação da sociedade nas políticas públicas, especialmente as da saúde, faz-se necessário percorrer brevemente a trajetória do sistema de saúde brasileiro, especialmente as décadas de 70 e 80, quando intensificou-se o movimento pela Reforma Sanitária.

A concepção de participação popular tem origem nos movimentos sociais que, no final dos anos 70 e início dos anos 80, se multiplicam na área da saúde. No Brasil, o agravamento das carências sociais, principalmente nos grandes centros urbanos, e o afrouxamento do regime autoritário, desencadearam o surgimento de vários movimentos populares de caráter reivindicatório.

Assim, conforme CARVALHO, A. I. (1995, p. 24) a *"participação tem o sentido de resistir à exclusão social, significa integrar múltiplas formas de ação coletiva voltada para a obtenção/ampliação do acesso a bens e serviços de consumo coletivo."*

É extremamente difícil estabelecer de forma exata o início de um movimento social. É o que ocorre em relação ao Movimento da Reforma

Sanitária, que foi protagonizado por diversos personagens de formulações teóricas, de lutas políticas e de práticas sociais positivas, tendo como arena de atuação as políticas de saúde brasileiras.

Suas concepções teóricas datam ainda da década de 60, quando em 1963, a III Conferência Nacional de Saúde já levantava a bandeira da municipalização dos serviços de saúde debatendo, entre outros temas, a influência das políticas econômicas nos riscos de adoecer e morrer e o papel do Estado na formulação e execução das políticas de saúde. Essas concepções foram brutalmente interrompidas pela Revolução de 64 e, nos anos seguintes, pela consolidação do regime ditatorial.

Na década de 70, iniciou-se um movimento nacional contrário a hegemonia da política de saúde vigente até então constituído, inicialmente, por uma parcela da intelectualidade universitária e dos profissionais da área da saúde. Esse movimento, embora reprimido pela ditadura conseguiu, aos poucos, influenciar com suas concepções algumas parcelas da população, como as centrais sindicais, movimentos populares de saúde e alguns parlamentares.

Para o desenvolvimento destas novas idéias, tiveram papel preponderante algumas Universidades através da implantação dos Departamentos de Medicina Preventiva e Social cujos projetos especiais foram criando uma nova mentalidade voltada à integralidade das ações de saúde, aos serviços hierarquizados, à assistência integral e outras premissas. (CARVALHO, G. C. M, 1993, p. 9).

As propostas do movimento da Reforma Sanitária dirigiam-se basicamente à construção de uma nova política de saúde efetivamente democrática, tomando por base a equidade, a justiça social, a descentralização, universalização e unificação como elementos essenciais para a reforma do setor.

Para responder às demandas provenientes dos movimentos sociais emergentes, criava-se em 1974 o Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS) e que incorporava ao sistema previdenciário os trabalhadores rurais, os empregados domésticos e outras categorias de trabalhadores. Neste

mesmo ano, foi lançado o Plano de Pronta Ação que permitiu o acesso à assistência médica em situações de emergência a qualquer pessoa, independente de seu vínculo previdenciário. Segundo STOTZ (1986, p. 79), “o Plano de Pronta Ação foi um conjunto de medidas tomadas pelo INPS, na área de assistência médica, que visava expandir rapidamente a capacidade instalada e a oferta de serviços médicos na área da previdência social”.

Em 1975 é criado o Sistema Nacional de Saúde através da Lei 6.229, como resultado da V Conferência Nacional de Saúde. Essa Lei segundo BERTOLOZZI e GRECO (1996, p. 388), definia

(...) as responsabilidades das várias instituições, cabendo à Previdência Social a assistência individual e curativa enquanto que os cuidados preventivos e de alcance coletivo ficaram sob a responsabilidade do Ministério da Saúde e das Secretarias Estaduais e Municipais da Saúde.

O Sistema Nacional de Saúde promovia uma separação entre a assistência e as ações de saúde coletiva com a institucionalização e legitimação da pluralidade, fato este agravado pelo fim do “milagre econômico”, cujos efeitos fizeram-se sentir no setor saúde através da crise no padrão de prestação de serviços da rede pública e da previdência social privilegiando, porém, a produção privada dos serviços de saúde.

A partir de 1975, particularmente no eixo Rio – São Paulo, surgem movimentos organizados formados por profissionais de saúde como o CEBES (Centro Brasileiro de Estudos em Saúde), a ABRASCO (Associação Brasileira de Saúde Coletiva) em 1979, a Associação dos Médicos Sanitaristas, a Associação Paulista de Saúde Pública e outras que vieram a formar um conjunto de pessoas lutando por um sistema de saúde mais justo e igualitário que, progressivamente articularam-se a movimentos sociais.

A principal contribuição do CEBES no debate político da saúde no Brasil foi a publicação da Revista Saúde em Debate, onde eram identificados os principais obstáculos que se interpunham à implantação da Reforma Sanitária.

Ainda nesta época, paralelamente, assumem algumas prefeituras governantes que tinham como meta voltarem-se para o social, abandonando o modelo vigente até então.

Em 1977, na tentativa de promover uma reordenação no sistema de saúde, criava-se o SINPAS, (Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social) que enfatizava o modelo privatizante mas, ao mesmo tempo, promovia uma pequena abertura de espaços para que, mesmo que de forma incipiente, tivessem início as ações de atenção integral na rede pública, incluindo o planejamento e a participação popular na gestão do sistema.

Em 1978, a Conferência Internacional de Saúde, realizada na cidade de Alma-Ata, República Socialista Soviética e promovida pela Organização Mundial da Saúde, propõe em seu relatório final a priorização da atenção e dos cuidados primários de saúde para todos os países estabelecendo, inclusive, um prazo para a implementação desta proposta: até o ano 2000.

No Brasil, essa determinação veio ao encontro das necessidades de expandir a atenção médica a partir de um modelo de baixo custo para as populações excluídas.

Numa visão hegemonicamente vinculada ao poder instituído, desenvolvia-se, a partir deste momento, a proposta de uma atenção primária seletiva, com recursos escassos, destinada às massas marginalizadas e desarticulada de um sistema hierarquizado e resolutivo. Na realidade, esta proposta mostrava-se distante da proposta original de Alma-Ata, cujo objetivo era de promover uma atenção primária à saúde com garantias de eficiência, satisfação da clientela e, sobretudo, que promovesse impacto positivo sobre as condições de vida e de saúde. O que se observa é que a proposta de atenção primária à saúde foi transformada em "atenção primitiva", (TESTA, 1992 p. 160) pelas características que incorporou.

A década de 80 caracterizou-se por uma séria crise econômica, que agravou-se após a falência do modelo econômico imposto pelo regime militar. As manifestações desta crise faziam-se sentir sobretudo, pelo descontrole inflacionário, dando origem a outras crises, como as de ordem estrutural,

ideológica e político institucional, provocando a mobilização popular e sindical, o que acaba por reforçar os movimentos de oposição em busca de liberdade e democracia, representada pela luta para as eleições diretas para Presidente da República (Chioro & Scaff, s.d., "não paginado").

No início de 1980, em consequência do acirramento da crise política, é realizada a VII Conferência Nacional de Saúde, com a qual toma força a elaboração, por um grupo de técnicos representantes do Ministério da Saúde e do Ministério da Previdência e Assistência Social, de um novo projeto denominado PREVSAÚDE – Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde.

O novo projeto tinha o objetivo de universalizar os cuidados primários de saúde em todo o país, tendo como base as diretrizes da Organização Panamericana da Saúde (OPAS) e do movimento sanitário. Previa a universalização da atenção à saúde e outros princípios como a regionalização, hierarquização e integralização das ações, a participação popular e, ainda, a inclusão do setor privado no sistema.

Devido às suas propostas, consideradas por muitos como progressistas, esse projeto foi rejeitado e severamente mutilado.

Uma das medidas propostas para controlar a crise financeira da Previdência Social e reorientar as proposições do PEVSAÚDE, foi a criação, através de Decreto, em 1981, de uma instância reguladora, o Conselho Consultivo da Administração de Saúde Previdenciária (CONASP), com a finalidade de racionalizar a prestação de serviços de assistência e a utilização dos recursos financeiros e, ainda, de propor medidas de controle e avaliação do sistema.

O CONASP objetivou a integração das ações de saúde, porém desdobrou-se em vários projetos racionalizadores, sendo um deles, o Plano de Racionalização Ambulatorial, que levou, em 1983, à proposta das Ações Integradas de Saúde, AIS. (MENDES 1996, p. 61).

O Plano da Ações Integradas de Saúde (AIS), contemplava interesses municipais e estaduais, conferindo maior racionalidade aos serviços básicos do

setor público através do estabelecimento de convênios com o Ministério da Previdência e Assistência Social e, a partir do final do regime autoritário, na Nova República, adquiriram um modelo estratégico que incluía a co-gestão, a desconcentração e a universalização da atenção à saúde.

Os referidos convênios, na verdade, reproduziram o princípio da produtividade (pagamento por produção), e tiveram uma lenta adesão por parte dos municípios devido à imposição de uma série de exigências do INAMPS.

As AIS deram origem às primeiras instâncias colegiadas ou Comissões Interinstitucionais (CIPLAN, CIS, CRIS, CIMS, CIL, nos níveis federal, estadual, regional, municipal e local, respectivamente), que constituíram-se nos embriões dos Conselhos de Saúde.

A partir de 1982 sanitaristas e técnicos comprometidos com o movimento da Reforma Sanitária assumem o controle do MPAS e do INAMPS dando início à um processo de reformulações institucionais. A implementação deste projeto teve como base a descentralização das ações passando das AIS para a construção do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS).

Apesar de alguns avanços observados com relação aos gastos públicos com saúde, ao planejamento descentralizado, ao financiamento de ações preventivas e a participação social através das CIMS, o SUDS manteve o apoio aos grupos de alta tecnologia e a prática clientelista oriunda do sistema político.

Em março de 1986, acontece em Brasília a VIII Conferência Nacional de Saúde, que transformou-se em um dos eventos político-sanitários nacionais mais importantes por seu caráter democrático, marcada pela presença de cerca de mil delegados que representavam os mais diversos segmentos da população desde usuários, trabalhadores da saúde e partidos políticos até os diferentes níveis de governo, as universidades e os parlamentares, além de cerca de quatro mil participantes.

A VIII Conferência Nacional de Saúde teve como desdobramento a formação da Comissão Nacional de Reforma Sanitária, cujo relatório final influenciaria de maneira decisiva os trabalhos da Assembléia Nacional

Constituinte, e a implantação do SUDS (Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde), que reflete parte das aspirações do movimento da reforma. A tônica deste movimento no período anterior e posterior a 1988 volta-se para a conquista das garantias à saúde na Constituição e na luta pela Lei Orgânica da Saúde. O SUDS representou mais uma reforma administrativa que não conseguiu transformar adequadamente o sistema nacional de saúde.

Ainda em 1988, em Olinda, foi fundado o Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS) que, em seu estatuto, estabelece como finalidade "lutar pela autonomia dos municípios". O CONASEMS exerceu importante pressão política junto à Assembléia Nacional Constituinte durante a aprovação do texto constitucional.

O ano de 1989 foi decisivo para a consolidação do CONASEMS que elegeu sua segunda diretoria no IV Encontro Nacional de Secretários Municipais de Saúde realizado em Porto Alegre, RS e assistiu a intensificação dos debates no campo legislativo com a finalidade de assegurar os avanços conquistados na Lei Orgânica da Saúde.

Para NETO (1992, p. 55), "*a pressão dos 'lobbies' privatistas e corporativos foi muito forte*". O setor privado, representado por políticos conservadores, grupos burocráticos do INAMPS e outros órgãos do governo e, até mesmo, de universidades tentaram, por todos os meios, fazer prevalecer seus interesses e impedir a votação e aprovação da LOS.

No período seguinte (1990) foi promulgada, com vinte e quatro vetos do então Presidente da República Fernando Collor, a Lei 8.080 que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços de saúde através da regulamentação dos artigos de n.º 196 a 200, referentes à saúde constantes na Constituição.

Os referidos vetos esvaziaram quase que totalmente a Lei Orgânica da Saúde, justamente nos aspectos referentes à garantia do respaldo financeiro e da participação popular, porém mantém-se a consagração de um ponto básico

para a implementação do SUS: a autonomia municipal através da descentralização das decisões.

Neste mesmo ano, as pressões da sociedade clamando pelas garantias perdidas com os vetos da Lei 8.080 possibilitam a aprovação e sanção de um novo Projeto de Lei, o de n.º 8.142 que restituía a criação dos Conselhos e Conferências de Saúde e garantia os repasses financeiros regulares através dos Fundos de Saúde.

MENDES (1995, p 42-43), a respeito do Movimento da Reforma Sanitária destaca que :

(...) a reforma sanitária coloca três aspectos fundamentais: primeiro um conceito abrangente de saúde, (...) segundo, erige a saúde como direito de cidadania e dever do estado e (...) terceiro como elemento de caráter estratégico, propõe uma profunda reformulação do Sistema Nacional de Saúde com a instituição de um Sistema Único de Saúde que tenha como princípios essenciais a universalidade, a integralidade das ações, a descentralização com mando único em cada instância federativa e a participação popular.

A Constituição de 1988 incorporou significativas conquistas quanto à garantia dos direitos sociais envolvendo conceitos, princípios e uma nova lógica de organização da saúde da reforma sanitária, dentre eles destaca-se o conceito de saúde, formulado pela VIII Conferência Nacional de Saúde, citado por PESSINI & BARCHIFONTAINE (1997, p. 116), como sendo:

(...) resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e o acesso a serviços de saúde. É assim, antes de tudo, os resultados das formas de organização social da produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida.

Oportuno se faz citar aqui a contribuição de ESCOREL (1995, p 182), quando, ao analisar o conceito acima, a autora considera que a saúde também é :

*"(...) uma explicitação das condições de **igualdade social** na medida em que é determinada por esse conjunto de direitos. A noção de direitos nos remete à definição de cidadania, compreendida não só pela existência formal de direitos civis, políticos e sociais, mas pela **possibilidade efetiva de exercê-los**. (grifos do autor).*

Ainda, segundo PESSINI & BARCHIFONTAINE (1997, p. 111), para a Organização Mundial da Saúde (OMS), "a saúde é o completo bem estar físico, mental e social e não somente a simples ausência de doença."

Criticando esse conceito, os autores o relacionam à "adaptação" do homem ao meio ambiente que, nos países da América Latina, envolve a precária situação sócio econômica e cultural conhecida por nós.

Além disso, o conceito da OMS, embora aceito mundialmente, não determina responsabilidades e não especifica os meios para prover o completo bem estar físico, social e mental, por isso vem sendo muito criticado.

Segundo o MINISTÉRIO DA SAÚDE (1999, p. 38), a Carta de Ottawa para a Promoção da Saúde (1986), dirigida à execução do objetivo "Saúde para todos no Ano 2000" e extraída da Primeira Conferência Internacional sobre a Promoção da Saúde, reconhece que:

(...) a saúde é o resultado dos cuidados que se dispensa a si mesmo e aos demais, da capacidade de tomar decisões e controlar sua própria vida e de assegurar que a sociedade em que se vive ofereça a todos os seus membros a possibilidade de ser saudável.

Este conceito inclui a capacidade de autonomia do indivíduo na tomada de decisão sobre sua própria saúde e dos demais, cabendo ao Estado e também aos profissionais de saúde, a responsabilidade em prover as condições necessárias para que o indivíduo alcance esta autonomia.

Quanto ao controle social institucionalizado na área da saúde, pode-se dizer que o princípio deste processo ocorreu em 1983 com a implantação das Ações Integradas de Saúde (AIS) que, embora majoritariamente institucionais

comportavam a representação dos usuários, e cujo mérito maior foi o de abrir para estados e municípios a possibilidade de também se transformarem em atores da política nacional de saúde. A participação manteve-se com o SUDS (1987) e, finalmente, consolidou-se legalmente com a implantação do SUS (1990).

Com relação às AIS, a princípio os convênios impostos aos municípios objetivavam o repasse financeiro através da "obrigatoriedade" da constituição dos Conselhos Interinstitucionais, integrados por organizações públicas e privadas que compunham o sistema de saúde. Na formação destes conselhos, estava prevista também a participação da comunidade sem, no entanto, esclarecer sobre o peso de cada segmento nos colegiados.

Estes órgãos raramente transformavam-se efetivamente em fóruns de decisão, sua importância legal restringia-se a elaboração e aprovação dos Planos Diretores de Saúde.

As Comissões Interinstitucionais Municipais (CIMS), oriundas do SUDS, tinham uma composição bastante variada, porém formadas quase que exclusivamente de órgãos públicos, eventualmente universidades, além de dirigentes de hospitais filantrópicos ou privados e, em algumas, participavam representantes de sindicatos de trabalhadores e associações de bairros.

Em 1990, fruto do inconformismo de trabalhadores da saúde, parcelas do movimento sindical e popular e de alguns partidos políticos que defendiam a criação de conselhos com poder deliberativo e composição majoritária da sociedade civil, é editada uma nova lei que dispunha sobre a participação popular na gestão do SUS.

Sobre a prática da descentralização e da participação popular nas decisões relativas à saúde, comenta CAMPOS (1997, p. 102), "*essa delegação de autoridade acompanhou-se da instituição dos Conselhos, que trouxeram para a saúde a prática da gestão colegiada.*"

Conforme o Ministério da Saúde (1994, p. 87), a Lei 8.142/90 cria as Conferências e os Conselhos de Saúde, garantindo em seu Art. 1, § 2º :

O Conselho de Saúde 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 na instância correspondente, inclusive nos aspectos financeiros e econômicos, cujas decisões serão homologadas pelo chefe do poder legalmente constituído em cada esfera de governo.

Assim, pode-se constatar que estas conquistas inseridas na Carta Constitucional, consolidaram um processo iniciado há muito tempo, fruto de pressões de movimentos populares e de entidades profissionais. Estes mesmos grupos necessitaram manter a mobilização para garantir o detalhamento e posterior implementação das garantias constitucionais, enfrentando interesses de grupos privados, contrários às diretrizes democratizantes.

CAMPOS (1997, p. 105), ao referir-se à Lei n.º 8.142/90 levanta uma outra questão que chama a atenção na implementação do SUS no Brasil, *"percebe-se que o essencial da concepção sobre participação social do movimento sanitário foi transformado em lei"* e acrescenta, *"no entanto, daí até sua institucionalização há um bom caminho."*

GALLO e NASCIMENTO (1995, p 94) reforçam e complementam a afirmação de Campos quando dizem que,

(...) a criação de uma nova instituição da sociedade na área da saúde implica tanto a mudança da forma como a sociedade compreende e deseja que seja resolvida a questão da saúde como, mudança nos valores e normas que norteiam a atividade dos profissionais de saúde.

Os autores, ao referirem-se à implementação das principais diretrizes e princípios da Reforma Sanitária salientam, com muita propriedade a importante participação e responsabilização, neste processo, tanto da sociedade civil quanto dos trabalhadores em saúde, sem os quais, certamente, o SUS não será viabilizado.

Ainda, GALLO e NASCIMENTO (1995, p. 115), ao realizarem uma análise da política de saúde mais recente, colocam que é possível

(...) afirmar que a atuação do Movimento Sanitário conseguiu dar um caráter modernizador à política de saúde, sem entretanto alterar a lógica da produção de serviços de saúde tanto no interior do setor público quanto no privado. Isso equivale dizer que até o momento não se foi capaz de contrapor ao projeto neoliberal um projeto alternativo de Reforma Sanitária em bases institucionais. Por outro lado, ainda não se conseguiu uma base social respaldada na consciência sanitária que recupere a credibilidade do setor público e instaure a exigência de que a idéia de saúde se concretize através de sua atuação.

Neste texto os autores resumem os avanços e retrocessos na implantação do SUS, desta vez, destacando de maneira mais enfática a participação da sociedade civil neste processo de luta, idéia essa reforçada por TEIXEIRA e MENDONÇA (1995, p. 227) quando as autoras dizem que “(...) a implantação e implementação da Reforma Sanitária passa pela possibilidade de uma consciência social mais avançada”.

Com relação às garantias de participação social, segundo o Ministério da Saúde, (1994, p. 87) a Lei 8.142/90 dispõe em seu artigo 1º :

O Sistema Único de Saúde – SUS de que trata a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, contará, em cada esfera de governo, sem prejuízo das funções do Poder Legislativo, com as seguintes instâncias colegiadas:

I – a Conferência de Saúde; e

II – o Conselho de Saúde.

§ 1º A Conferência de Saúde reunirá-se a cada 4 anos com a representação dos segmentos sociais, para avaliar a situação de saúde e propor as diretrizes para a formulação da política de saúde nos níveis correspondentes, convocada pelo Poder Executivo ou, extraordinariamente, por este ou pelo Conselho de Saúde.

As Conferências de Saúde representam o fórum máximo de articulação onde são definidas, internamente as diversas competências sanitárias atribuídas a cada nível de governo e, externamente a articulação destas com as demais esferas.

Constituem-se instrumentos de participação de natureza diversa dos Conselhos, devido a sua maior amplitude e atuação esporádica, embora seus efeitos se prolonguem no tempo. Sua principal função é a avaliação das políticas de saúde e a definição das diretrizes gerais destas políticas para um determinado período de tempo, servindo de base ao planejamento das ações de saúde para a União, Estados e Municípios.

A Constituição de 1988 inova no sentido de propor o aprofundamento da constituição de estruturas democráticas, principalmente no setor saúde, e no fundamento da cidadania, estabelecidos através da instituição das conferências e dos conselhos de saúde.

Os Conselhos Municipais de Saúde, órgãos colegiados, são a instância dirigente fundamental do Sistema Único de Saúde à nível dos municípios, constituídos através do debate democrático.

São órgãos deliberativos que avaliam a situação de saúde e formulam diretrizes para a política de saúde de nível local, controlam a execução destas políticas e procedem à sua avaliação. Estas atividades devem ser realizadas em consonância com a população que constituiu os Conselhos, aproximando suas demandas ao poder e submetendo-as à racionalidade técnica e administrativa.

Como instâncias pertencentes à estrutura do SUS, representam espaços de participação social nos quais tem origem uma nova cultura política. No espaço do Conselho de Saúde deve configurar-se a prática do diálogo, da contestação e da negociação em favor da democracia e da cidadania, com vistas à consolidação do processo democrático e à diminuição das desigualdades existentes.

O funcionamento dos Conselhos deve seguir as regras democráticas, com a organização e capacitação da sociedade para uma participação crescente e politicamente amadurecida.

Em geral, a qualidade das ações destes órgãos é definida através da representatividade de seus membros, da visibilidade de suas propostas, da transparência de sua atuação e da permeabilidade e comunicação com a sociedade.

Para tanto, é importante considerar o processo de escolha das representações que deve levar em conta, entre outros fatores, se os representantes são eleitos pelos associados das entidades ou se cabe às respectivas diretorias das organizações ou, ainda, se a indicação é efetuada pelo chefe de governo de forma discriminatória. Também, a forma de escolha mais democrática dos representantes deve levar em conta, por exemplo, a experiência, a capacitação técnico-política, a expressão social do segmento, o engajamento da organização e de seus representantes nas lutas dos seus associados e no processo de democratização.

Outro aspecto que deve ser considerado é a avaliação das ações propostas e realizadas, dos debates promovidos e, ainda, do controle sobre os recursos aplicados e das ações do poder público.

Para que o conselho possa ter maior visibilidade na sociedade é preciso articulação com os diversos segmentos sociais, é preciso que seus componentes discutam previamente com suas entidades as pautas e proposições das reuniões e, ainda como dar a elas conhecimento de suas resoluções.

Sobre a participação popular nos Conselhos de Saúde, o relatório final da 2ª Conferência Estadual da Saúde do Rio Grande do Sul (2ª CONFES/RS) ocorrida em julho de 1996 na cidade de Porto Alegre, destaca:

(...) a efetiva participação popular é fator indispensável para a construção de um modelo que corresponda às necessidades da população. Para tanto, os Conselhos devem ser autônomos e ter a direção eleita entre os seus membros, participando do processo de planejamento a partir dos problemas levantados e priorizados pelos atores sociais, com base local e ascendente até o nível federal, desmonopolizando o poder e o saber.

A função dos conselhos como espaços de interlocução, de articulação entre diferentes atores sociais e de controle social constitui-se, assim, não só num desafio, mas também numa oportunidade no sentido do fortalecimento da sociedade civil e da democratização.

MENDES (1996, p. 69), sobre a constituição dos conselhos de saúde, comenta:

(...) ainda que, em muitos lugares, esses conselhos sejam motivo de distorções partidárias, clientelistas ou corporativas, o resultado global é positivo e aponta para um movimento democratizador na saúde, sem precedentes em nenhum outro espaço social da vida nacional."

Por ser um processo relativamente novo, a instituição dos conselhos de saúde, ainda em construção, necessita melhorias em sua qualidade e em sua representatividade, que só serão alcançadas mediante o exercício participativo e democrático.

Entretanto, é possível observar através de alguns estudos no Brasil a respeito da institucionalização dos conselhos de saúde, que esta modalidade de participação da comunidade na gestão social, principalmente no setor saúde, tem se mostrado efetiva na transformação democrática do sistema de saúde.

Para CARVALHO, A. I. (1995, p. 25 –27) as relações entre o Estado e a sociedade na área da saúde constituem-se o pano de fundo " *para a noção de participação*", assim, "*sua base encontra-se na universalização dos direitos sociais e na ampliação do próprio conceito de cidadania, assim como referencia-se numa nova compreensão do caráter e do papel do Estado.*" Para ele, "*a idéia da participação social suscita e se associa à noção de controle social do Estado, por oposição ao controle privado ou particular, exercido pelos grupos com maior poder de acesso e influência.*"

Segundo JACOBI (1992, p 119) , a participação

(...) se baseia numa cidadania ativa e numa ruptura com as resistências tecnoburocráticas, mas principalmente numa vontade política dos que governam as cidades para abrir espaços que não só questionem a ordem estabelecida, mas que garantam a incorporação de grupos e interesses sociais e de valores culturais diferentes, potencializando a concretização de mudanças.

Para este autor, a participação pressupõe a convivência de uma dialética de pluralismo e consenso, de confronto e negociação.

Para DEMO (1996, p 19) a participação é conceituada como *"conquista para significar que é um processo, no sentido legítimo do termo: infindável, em constante vir-a-ser, sempre se fazendo"*.

Confirma o conceito do autor o próprio fato de ainda se estar discutindo a participação nas ações e serviços públicos quando, há mais de dez anos ela é garantida por lei. Neste sentido, o mesmo autor complementa, *"(...) o espaço da participação precisa ser conquistado centímetro por centímetro, o que ocorre muitas vezes é que não podemos andar a metro, mesmo porque todos os processos participativos tendem a ser lentos."* (DEMO 1996, p. 21)

Ao conceito de participação, Demo ainda vincula a idéia de emancipação social que, segundo ele, é *"(...) descobrir-se capaz de realizar o processo emancipatório por si mesmo, dentro de circunstâncias dadas"*.(DEMO, 1996 b, p. 41).

A partir destas considerações torna-se claro que a conquista da participação e, por conseqüência, da cidadania, necessita de uma constante construção cujo caminho é a dimensão pedagógica que possibilita o conhecimento, interpretação e transformação da realidade concreta.

Podemos observar, pelo processo histórico que vivemos, que a simples garantia legal de direitos não produz cidadãos. A cidadania deve ser construída no exercício de processos coletivos onde se fundam as lutas pelo reconhecimento e aquisição dos direitos, na garantia de sua implementação pelo poder político e, ainda, no controle e avaliação dinâmicos, que permitem sua adaptação e evitam sua supressão.

WANDERLEY (1993, p. 20) reforça este pensamento e ainda complementa que para

*(...) um exercício mais efetivo do controle social, no sentido de organização da vida social em níveis civilizados e de concretização das transformações profundas que são exigidas para a construção de uma sociedade democrática, é preciso lutar pela **democratização do Estado** o que implica a **democratização da Sociedade Civil**.(grifos do autor).*

Se considerarmos que a cidadania está interligada ao exercício pleno de direitos e deveres que, não só devem ser garantidos em lei, mas que precisam ser exercidos para que haja cidadania de fato, teremos um entendimento mais claro dos motivos pelos quais a conquista desse direito tem se mostrado historicamente adiado e, ainda, porque tem havido tanta resistência para concretizá-lo por meio de políticas sociais efetivas, que propiciem o desenvolvimento humano e material aliados à justiça social.

2.1. O Local do Estudo

O Conselho Municipal de Saúde de Passo Fundo é composto de trinta e dois membros, foi criado através de lei própria no ano de 1994 e esta é sua terceira gestão. Tem um regimento interno que estabelece as normas para seu funcionamento e a escolha das entidades representativas ocorre de dois em dois anos, podendo haver recondução uma vez.

Para a escolha, são convocadas as entidades através de editais públicos e de correspondência do próprio Conselho, anunciando o período em que ocorrerão as inscrições. A paridade é respeitada entre usuários (50%), prestadores de serviço, órgãos do governo e profissionais de saúde (que somados representam os outros 50% da totalidade de entidades). Caso exceda o número de entidades concorrentes, a decisão de quais assumirão a

representação junto ao Conselho se dá entre as próprias entidades, através de acordo.

Concomitante à escolha das entidades, são escolhidas a mesa diretora e a Secretaria Técnica (SETEC), respeitando-se a paridade. Quatro membros compõe a mesa diretora dentre os quais, votados em plenária, são escolhidos um para coordenador, um para vice-coordenador, o 1º e 2º secretários. Na gestão atual, o coordenador representa os usuários dos serviços de saúde e o vice-coordenador é o Secretário Municipal de Saúde.

A SETEC é igualmente composta de quatro membros dos quais um é eleito coordenador em plenária. A SETEC tem a função de deliberar sobre questões mais urgentes que não podem aguardar a reunião plenária mensal e, ainda, analisar sob o aspecto técnico, assuntos mais complexos para, posteriormente, expor aos demais conselheiros em reunião ordinária ou extraordinária, dependendo da complexidade ou urgência do tema.

Os conselheiros são nomeados pelo poder executivo através de portaria.

3. CONSTRUINDO A PROPOSTA

O capítulo que se segue apresenta a opção metodológica do estudo.

Para o desenvolvimento desse estudo, optamos pelo método de pesquisa denominado *“convergente assistencial”* que propõe uma articulação entre o conhecimento teórico e a prática profissional, aliado ao *“Itinerário de Pesquisa de Paulo Freire”*

Segundo TRENTINI e PAIM (1999, p. 26), a *“pesquisa convergente assistencial”*

(...) mantém, durante todo o seu processo, uma estreita relação com a situação social, com a intencionalidade de encontrar soluções para problemas, realizar mudança e introduzir inovações na situação social; portanto este tipo de pesquisa está comprometido com a melhoria direta do contexto social pesquisado.

Segundo as autoras, a inspiração para a elaboração desse método teve sua origem na pesquisa-ação de Kurt Lewin (1946) e no processo de enfermagem, visando sua utilização por enfermeiros podendo, no entanto, ser utilizado por outras profissões.

A proposta das autoras fundamenta-se no caráter coletivo, na relação democrática e horizontal e no diálogo com os sujeitos envolvidos, em que o pensar e o fazer não se dissociam, pelo contrário, estão intimamente relacionados.

Ainda, segundo as autoras(p. 19), esta proposta

(...) quer expressar a esperança de que o cuidado de saúde das pessoas e grupos, sendo por si só um celeiro de problematizações em constante exercício e registro, possa ser olhado como fonte de dados, base de indagações, ponte da pesquisa prática e, finalmente, plataforma de acesso a outros patamares de qualidade científica, tecnológica e artística dos saberes profissionais de enfermagem.

Uma outra alternativa que se mostrava indicada para a realização desse trabalho é a do "Itinerário de Pesquisa de Paulo Freire". Assim, julgamos que uma mescla de ambos os métodos seria o caminho mais indicado para atingirmos os objetivos propostos.

A metodologia do processo pedagógico libertador de Paulo Freire reúne conceitos de educação baseados em princípios de participação. Portanto, não poderíamos deixar de considerar a grande contribuição deste autor, como caminho para buscar o espaço de instrumentalização dos indivíduos para a ação coletiva e, conseqüentemente, tornar efetivo o direito de cidadania.

A justificativa para esta escolha deve-se ao fato de que a obra de Paulo Freire comprometeu-se sobretudo com uma realidade social a ser transformada através de uma proposta aberta, dinâmica e fundamentalmente participativa, o que adapta-se perfeitamente ao nosso objetivo.

A transformação da realidade que pretendemos, como contribuição deste estudo, em última análise, constitui-se na melhoria das condições de saúde da população, através da implementação do Sistema Único de Saúde em todos os seus princípios e diretrizes. Para tanto, optamos por um dos caminhos possíveis: a instrumentalização dos Conselheiros Municipais de Saúde para o desempenho de suas atribuições, mais especificamente para o controle social. Acreditamos que a "educação para a conscientização" dos conselheiros de saúde irá refletir nas categorias que estes representam, sejam usuários, profissionais de saúde, prestadores de serviços ou entidades governamentais e este é, sem dúvida, um caminho viável para atingir os objetivos pretendidos.

Para essa justificativa, nos respaldamos também em DEMO (1996 b, p. 41) quando o autor afirma que as políticas participativas reforçam “(...) a questão da democracia, tornada também como componente fundamental do bem-estar social”.

Paulo Freire é considerado como um educador humanista e militante que, em sua prática teórica utilizou os temas da consciência e da mudança. Sua obra, publicada em diversos países, é composta de inúmeros livros, ensaios, artigos em revistas especializadas, conferências, seminários e debates em universidades de todo o mundo, além de prefácios em obras de outros autores.

A Pedagogia do Oprimido (1970), considerada sua obra mais importante, foi traduzida e publicada em mais de vinte idiomas, o que denota a atualidade de seu pensamento. Nesta obra, segundo GIROUX (1996, p. 596) Paulo Freire “*reescreve a narrativa da educação como projeto político que, ao mesmo tempo, rompe as múltiplas formas de dominação e amplia os princípios e práticas da dignidade humana, liberdade e justiça social*”.

O próprio FREIRE, (1987, p. 41) sintetiza a metodologia da Pedagogia do Oprimido que,

(...) como pedagogia humanista e libertadora, terá dois momentos distintos. O primeiro, em que os oprimidos vão desvelando o mundo da opressão e vão comprometendo-se na práxis, com a sua transformação; o segundo, em que, transformada a realidade opressora, esta pedagogia deixa de ser do oprimido e passa a ser a pedagogia dos homens em processo permanente de libertação.

A influência da Pedagogia do Oprimido abrange as mais diversas áreas do saber como a pedagogia, filosofia, teologia, antropologia, ecologia, medicina, psicologia, história, política, jornalismo, teatro, música, ciência, política e inclusive a Enfermagem.

SAUPE (1998, p. 249), considerando a significativa utilização das obras de Freire em dissertações de mestrado produzidas nos cursos de Mestrado em

Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, analisa este fato da seguinte forma:

(...) proposta como uma pedagogia libertadora e problematizadora, ultrapassa os limites da educação enquanto disciplina social e passa a ser entendida também, como uma forma de ler o mundo, refletir sobre a leitura e recontá-lo, transformando-o pela ação consciente. É exatamente esta ultrapassagem, do campo específico da educação para o mundo dos homens que possibilita sua utilização por outras disciplinas, dentre elas a Enfermagem.

O método de Paulo Freire, também denominado "Itinerário de Pesquisa", propõe passos seqüenciais interrelacionados, quais sejam: levantamento de temas ou palavras geradoras, codificação, decodificação e desvelamento crítico. Estes passos, através de movimentos de construção, avançam e retroagem, conforme a vivência experienciada no Círculo da Cultura.

Para o entendimento do "Método Paulo Freire" faz-se necessário discorrer sobre algumas de suas obras, de autores que o estudaram e que utilizaram o seu método em diversas realidades, dos quais, alguns caracterizam seu trabalho não por "método", mas por "Teoria do Conhecimento" ou por "Filosofia da Educação".

Os escritos de Paulo Freire tem como referencial o processo pedagógico libertador ou emancipador, com o qual o autor postula a capacidade de aprender não apenas como forma de adaptação à realidade mas, fundamentalmente, como forma de intervir nesta realidade recriando-a e transformando-a. Dentro desse referencial, o autor salienta como pontos principais o respeito pela liberdade, o testemunho a favor da democracia e a convivência e respeito às diferenças.

FIORI, (1987, p. 20) ao prefaciar a obra *Pedagogia do Oprimido* de Paulo Freire, salienta que o método de Paulo Freire é "*(...) um método de cultura popular: conscientiza e politiza. Não absorve o político no pedagógico, mas também não impõe inimizade entre educação e política.*"

Entre as concepções básicas nas quais fundamenta sua obra, Paulo Freire considera principalmente as de **homem e mundo**, de **diálogo**, de **teoria do conhecimento** e de **conscientização** (FARIA, 1987 p. 30).

Na concepção de **homem**, o autor destaca a humanização, onde a constatação da busca pela humanidade implica reconhecer a desumanização como realidade teórica. Assim o homem é visto como sujeito e não como objeto de um processo que se insere no seu projeto existencial (FARIA, 1987 p. 30).

Mais tarde, ao rever sua obra "Pedagogia do Oprimido" , em Pedagogia da Esperança: um Reencontro com a Pedagogia do Oprimido (1992, p. 68), Freire reavalia este conceito e passa a referir-se a **homens e mulheres** ou **seres humanos** justificando esta mudança como "*superação da linguagem machista*".

Com base na situação concreta de opressão, o autor realiza, paralelamente, a denúncia da alienação desumanizadora e o anúncio da liberdade e dignidade do homem, destacando a importância do papel do próprio oprimido na luta libertadora.

Em sua reflexão sobre o **diálogo**, o autor destaca "a palavra" no sentido de que esta é mais do que um meio para que o diálogo ocorra pois inclui duas dimensões indissociáveis: a ação e a reflexão. Pronunciar a palavra, neste sentido é "*transformar o mundo*" (FREIRE, 1987, p. 77).

O **diálogo** consiste em uma relação horizontal e não vertical entre as pessoas implicadas, que se nutre de amor, humildade, esperança, fé e confiança, indissociável enquanto relação homem – mundo, como o próprio Freire (ibidem, p 63) afirma: "*ninguém educa ninguém - ninguém se educa a si mesmo – os homens se educam entre si, mediatizados pelo mundo.*" O diálogo de que fala Freire não é um simples dizer palavras mas, fundamenta-se no respeito ao saber do educando enquanto expressão de uma prática social, que possibilita a comunicação.

GADOTTI (1985, p. 48), ao analisar a utilização do método Paulo Freire no Brasil salienta, porém, que o diálogo de que fala o autor "*não é o diálogo romântico entre oprimidos e opressores, mas o diálogo entre os oprimidos para*

a superação de sua condição de oprimidos, que se dará pela organização, pela luta comum contra o opressor, portanto, pelo conflito."

A **teoria do conhecimento** em Freire, ou educação como ato de conhecimento engloba a totalidade da experiência humana. Seu ponto de partida é a experiência concreta do indivíduo em seu grupo ou comunidade, a qual se expressa através dos universos verbal e temático deste grupo (palavras geradoras ou temas geradores). As palavras e os temas mais significativos deste universo são priorizados para a organização do programa de discussão e de estudo com a finalidade de subsidiar o novo conhecimento (ANDREOLA, 1993, p. 33).

Nesta metodologia, conforme o mesmo autor (ibidem p. 33), "*a prática está compreendida nas situações concretas que são codificadas para serem submetidas à análise crítica*" ou descodificação.

Finalmente, a **conscientização** do oprimido que se constitui a preocupação básica de Paulo Freire. Para ele, a conscientização é o processo através do qual o ser humano atinge a compreensão da realidade social e cultural, tornando-se capaz de transformá-la.

A consciência crítica é a representação das coisas e dos fatos relacionados às suas causas e circunstâncias históricas (integração com a realidade), através da qual a realidade passa a ser um conhecido objeto e, dentro dele, o homem assume uma posição epistemológica: o homem à procura do conhecimento ANDREOLA (1993, p. 37). Sendo assim, a consciência crítica não pode existir sem a práxis, isto é, fora do processo reflexão-ação. Segundo Freire, para chegar-se a esta consciência, ao mesmo tempo desafiadora e transformadora, são imprescindíveis o diálogo crítico, a fala e a convivência.

ANDREOLA (1993, p. 38) define conscientização como "*o processo, nunca encerrado, pelo qual o homem assume sua posição de ser de práxis, na transformação e humanização do mundo.*"

Ainda, para GERHARDT, (1996, p. 149) conscientização é "*o processo no qual as pessoas atingem uma profunda compreensão, tanto da realidade*

sociocultural que conforma suas vidas, quanto da capacidade para transformá-la”.

Conforme FREIRE (1987, p. 114), a conscientização “*não para, estoicamente no reconhecimento puro, de caráter subjetivo, da situação, mas, pelo contrário, que prepara os homens, no plano da ação, para a luta contra os obstáculos à sua humanização.*”

Em termos educacionais, a proposta deste autor é uma proposta anti-autoritária onde educadores e educandos aprendem juntos, engajando-se num diálogo permanente que se caracteriza pelo relacionamento horizontal, o qual não exclui desequilíbrios de poder e que acontece fora da sala de aula, isto é, no “círculo de cultura”.

LIBÂNEO (1983, p. 15), descreve a forma de trabalho proposta por Freire nos círculos de cultura como “*grupo de discussão*”, cuja função é de “*autogerir a aprendizagem*” através da definição do conteúdo e da dinâmica das atividades.

Para o desenvolvimento do Círculo de Cultura, Freire sistematizou quatro etapas: **Levantamento das Palavras Geradoras ou Temas Geradores, Codificação, Descodificação e Desvelamento Crítico.**

Os **Temas Geradores**, devem emergir do contexto socioeconômico cultural onde estão inseridos os educandos, isto é, devem brotar da própria situação existencial destes. Esta vinculação de conteúdos com a realidade vivida tem a intenção de proporcionar, em uma etapa posterior, uma releitura da mesma, oportunizando assim, a compreensão crítica da situação através da auto-avaliação da inserção do educando nesta realidade. O próprio FREIRE (1970, p. 110) reforça que, a finalidade desta etapa “*(...) é reconhecer o mundo da natureza e da cultura e o papel do homem nestes dois mundos.*”

Esta colocação é salientada também por LIBÂNEO (1983, p. 15): a “*educação libertadora*” proposta por Freire “*(...) questiona concretamente a realidade das relações do homem com a natureza e com os outros homens, visando uma transformação (...)*”

A **Codificação** é a representação de uma situação existencial, nas dimensões significativas de sua realidade, ou seja, "*uma situação problematizadora a que se seguiria a discussão de seu conteúdo*". FREIRE (1987, p. 118).

Ainda refere o autor que a codificação permite a "*mediação entre o 'contexto concreto ou real' em que se dão os fatos, e o 'contexto teórico' em que são analisadas*", sobre as quais educador e educando "*incidem sua reflexão crítica*".(Ibidem p. 109)

A etapa seguinte, de **Descodificação**, é a análise crítica da situação que foi anteriormente codificada, quando os seres humanos estarão exteriorizando sua visão do mundo, sua forma de pensá-lo. (ibidem, p. 98). Essa fase acontece através de movimentos constantes de ir e vir do abstrato ao concreto, revelando o desafio da transformação. Nessa fase, que ocorre dentro do círculo de cultura, os educandos são desafiados, através da problematização da situação existencial anteriormente codificada, a exteriorizar seus sentimentos e opiniões de si, do mundo e dos outros.(ibidem, p. 112, 113)

O **Desvelamento Crítico** é a fase posterior, onde acontece a reflexão que permite o desvelamento da realidade e que procura substituir a visão parcial desta realidade pela visão global da mesma.

Paulo Freire confere importância à educação libertadora para que "*os homens se sintam sujeitos de seu pensar, discutindo o seu pensar, sua própria visão de mundo, manifestada implícita ou explicitamente, nas suas sugestões e nas de seus companheiros*." (ibidem, p. 140).

Para ele, esse processo educativo está fundamentado na garantia a todos de conhecer melhor aquilo que já conhecem e, ao mesmo tempo, procurar e encontrar novas vias para o conhecimento.

FAUNDEZ (1993, p 34), ao tecer comentários sobre a importância do processo educacional e da participação, sintetiza em sua obra:

Se o processo educacional é um processo destinado a criar uma nova pedagogia, uma nova democracia, uma nova concepção de poder, uma nova sociedade, a comunidade inteira deveria estar vigilante para que este processo se faça através de uma participação crítica, criativa, livre e ativa.

O mesmo autor ainda complementa este pensamento : “ *será preciso então aprender a participar, mas igualmente aprender a se organizar, a dialogar e, em primeiro lugar, aprender a aprender.*” (ibidem, p. 34).

Já para PINTO (1997, p. 29, 30) , a “ *educação é o processo pelo qual a sociedade forma seus membros à sua imagem e em função de seus interesses.*”

O autor defende ainda a idéia de que a educação é, em sua natureza “*contraditória*” pelo fato de que implica, ao mesmo tempo, na conservação do saber adquirido e, ainda em “*criação*” ou “*crítica*”, “*negação*” e “*substituição*” do saber existente, no sentido de que sua dinâmica atua em sentido oposto, já que engendra necessariamente o progresso social, isto é, a diferenciação do futuro em relação ao presente, a necessidade de ruptura do equilíbrio atual em relação à criação do novo.

Concordamos com a posição do autor pois, do contrário, a educação seria apenas a repetição do saber considerado definitivo implicando, assim, na impossibilidade de novas descobertas e, conseqüentemente, na estagnação do progresso cultural.

A possibilidade de uma releitura do educador Paulo Freire, por si só, suscita uma avaliação mais crítica do processo ensino aprendizagem, inserido em uma sociedade regida pelos interesses do capital, como é o caso da nossa.

Para ele, a educação é um processo que repete, ao nível do indivíduo, a evolução histórica da humanidade: a passagem do momento em que a humanidade redescobre o próprio conhecimento. É a emergência da consciência, uma teoria do conhecimento que se coloca em prática, pois que engloba a totalidade da experiência humana. A unidade dialética entre a teoria e a prática, entre a reflexão e a ação é um dos princípios afirmados em sua obra. ANDREOLA, (1993, p 33).

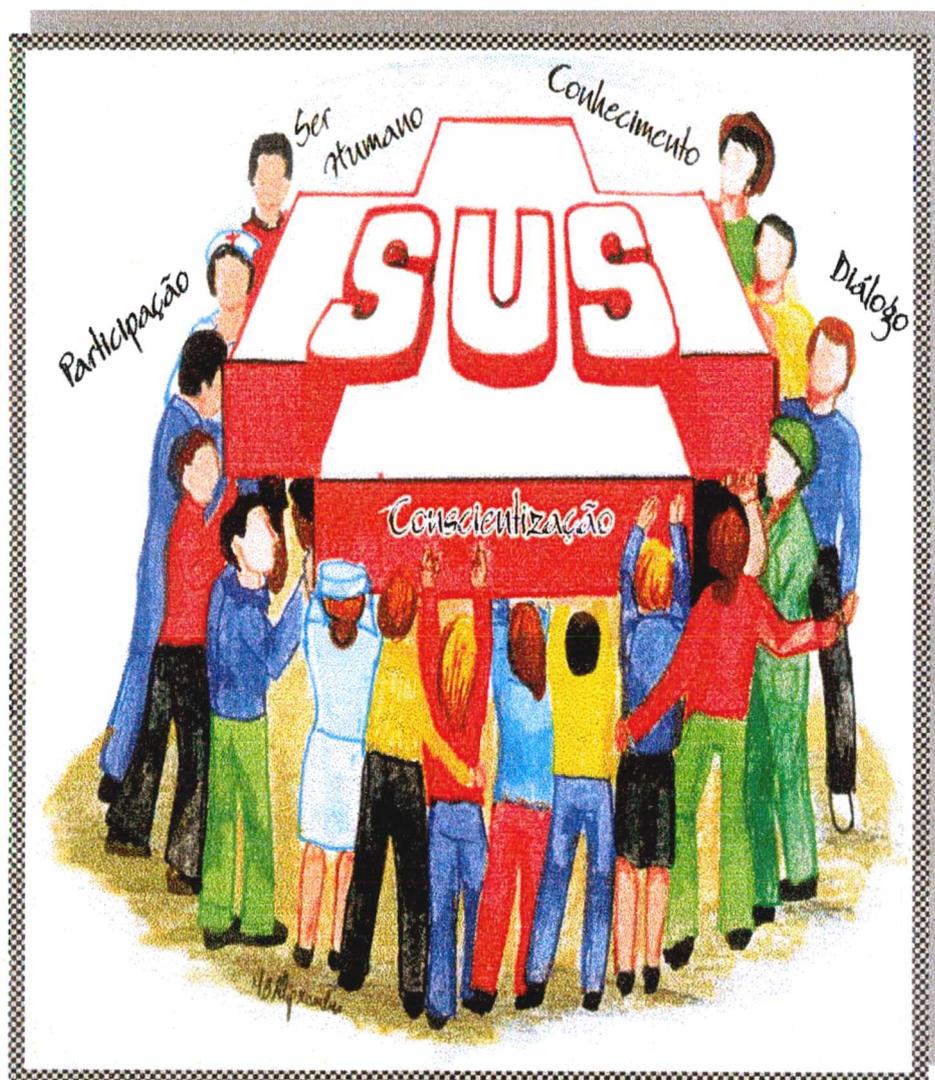
SAUPE (1998, p. 68) define de maneira global a educação que pretendemos alcançar como:

(...) como produção, incorporação, reelaboração, aplicação e testagem de conhecimentos e tecnologias através de um processo multidimensional de confronto de perspectivas e prioridades, efetivado na relação dialógica e participativa entre os diferentes saberes dos sujeitos sociais, negociado entre as partes envolvidas no ensino aprendizagem, promovendo a cooperação, a solidariedade, a troca, a superação da realidade existente, para construção da realidade almejada, possível ou utópica.

Mesmo consciente de que esta realidade não será alcançada a curto prazo, portanto, não deixa de ser utópica, pois o processo educativo envolve a conscientização dos indivíduos, em nossa percepção, ela não implica em inviabilidade.

3.1. Representação Gráfica da Proposta Metodológica

A Participação como Elemento Essencial na Construção do SUS



Através do diálogo que leva ao conhecimento e à conscientização, o cidadão poderá participar da construção e implementação do SUS e exercer a sua cidadania.

4. ANALISANDO A PROPOSTA

Este capítulo descreve os caminhos percorridos desde a fase de concepção do estudo, incluindo a decisão do tema a ser trabalhado, até a implementação da proposta e, ainda, os resultados do instrumento diagnóstico aplicado aos conselheiros logo após a escolha dos novos integrantes do Conselho Municipal de Saúde(CMS). Ainda, apresenta a descrição e análise dos encontros realizados com os sujeitos do estudo nos “círculos de cultura”.

Como primeiro passo, optou-se pelo tema a ser trabalhado. A partir desta escolha iniciaram-se as leituras referentes à metodologia de Paulo Freire, constantes em sua obra e de autores que escreveram sobre ele e que utilizaram sua proposta em várias realidades e, concomitante, sobre participação social, com o objetivo de fornecer um maior embasamento teórico da proposta de trabalho.

A seguir foi elaborada a nota prévia (anexo 1) descrevendo a intenção do tema a ser trabalhado e delimitando o objeto de estudo que foi enviada à revista Texto e Contexto Enfermagem para publicação.

O passo seguinte, num processo crescente de produção, foi a elaboração do Projeto de Pesquisa (anexo 2) e sua apresentação à Coordenação do Conselho Municipal de Saúde para aprovação.

A partir de então, formulou-se a proposta de trabalho aos Conselheiros em reunião plenária do CMS, oportunidade em que foi obtido o consentimento livre e esclarecido de todos. (anexo 3)

Dando seguimento à proposta de trabalho, realizou-se um estudo preliminar através da aplicação de um instrumento diagnóstico (anexo 4) cujo objetivo foi obter uma visão abrangente do conhecimento dos sujeitos a respeito de sua função, com a intenção de proporcionar uma visualização do caminho a seguir. Os resultados obtidos a partir deste instrumento diagnóstico estão apresentados posteriormente neste capítulo.

O estudo foi desenvolvido nos meses de agosto a novembro de 1999, no Auditório localizado na sede da Secretaria Municipal da Saúde e Meio Ambiente de Passo Fundo, mesmo local onde acontecem as reuniões do Conselho Municipal de Saúde, através de encontros previamente marcados que foram denominados "Círculos de Cultura" ou simplesmente "encontros", levando em consideração a opção metodológica já descrita.

Conforme acordado com os participantes no primeiro encontro, as reuniões aconteceram nas terças-feiras, algumas em semanas seguidas e outras em semanas alternadas conforme disponibilidade da sala, dos conselheiros e do autor do projeto.

A princípio, seriam realizados cinco encontros, os quais foram considerados suficientes para dar conta dos temas propostos. Porém, ao finalizar o quinto encontro os participantes solicitaram a abordagem de mais dois temas de interesse com os quais, prontamente nos propusemos a trabalhar.

Os encontros tiveram duração entre de uma hora e trinta minutos a duas horas, exceção feita ao último encontro que teve duração de duas horas e quarenta minutos, no qual foi feita uma confraternização com os conselheiros e entregue uma mensagem (anexo 5) aos mesmos.

Nos encontros do Círculo da Cultura o número de participantes variou de oito a quinze conselheiros. Destes, em torno de 50% eram do sexo feminino e 50% do sexo masculino, variando conforme o número de participantes.

As atividades profissionais dos conselheiros apresentaram uma significativa e necessária variedade. Tivemos como participantes, professores (2º grau), professores enfermeiros (graduação e pós-graduação em enfermagem), vigilante, dona de casa, agente comunitário de saúde,

cabeleireira aposentada, funcionário público aposentado, metalúrgico, frentista e pedreiro, cujas representações incluíram três categorias: usuários dos serviços de saúde, prestadores de serviço e representantes dos profissionais de saúde. Dois representantes dos órgãos do governo compareceram apenas no primeiro encontro, sendo que, um deles, justificou sua não participação nos próximos encontros, por ter um outro compromisso já assumido nas mesmas datas e horários.

Os representantes dos usuários dos serviços de saúde (a maioria), tinham uma aparência simples. Alguns tinham um aspecto cansado e, vindos diretamente do trabalho para o encontro, por vezes, cochilavam sendo necessário incentivar sua participação para diminuir o cansaço do dia de trabalho, porém dificilmente faltaram aos encontros. Na verdade, ocorreram algumas faltas por falhas na comunicação ou impedimento real, sempre justificadas no encontro posterior.

Os representantes dos profissionais de saúde e dos prestadores de serviço eram, na sua maioria, mulheres com aspecto bem cuidado e não demonstravam tanto cansaço. Podia-se observar que, ao contrário dos representantes dos usuários, aparentavam menos idade. Os participantes deste segmento, da mesma forma, apresentaram poucas faltas que, igualmente, foram justificadas posteriormente.

4.1. Diagnóstico

Este item apresenta os resultados da aplicação do instrumento diagnóstico aos Conselheiros, cujo objetivo foi a obtenção uma visão geral do conhecimento dos mesmos a respeito do exercício de suas funções junto ao colegiado e, ainda de direcionar os assuntos a serem abordados durante os encontros no Círculo de Cultura.

O instrumento foi distribuído na primeira reunião ordinária do Conselho, logo após a escolha dos conselheiros, estando presente a totalidade do

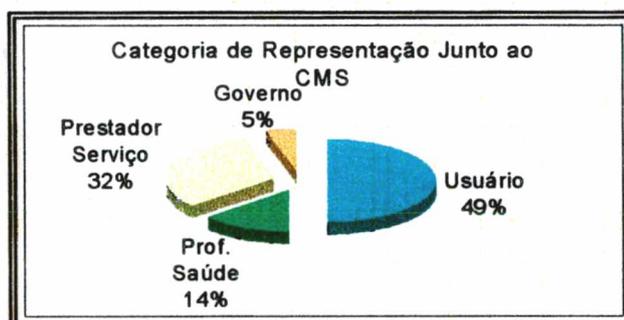
colegiado. Foi explicado à todos os objetivos do instrumento e solicitado a sua devolução no mesmo dia ou nos dias subsequentes junto à Secretaria do CMS.

O instrumento diagnóstico constou de dezessete questões, treze fechadas e quatro abertas.

Dos trinta e dois formulários distribuídos, vinte e dois foram devolvidos, representando 68,75% do total da amostra. Através da aplicação deste instrumento diagnóstico obteve-se os resultados demonstrados a seguir, excluindo-se os dados de identificação dos conselheiros com a finalidade de manter sigilo sobre sua identidade.

Os dados colhidos serão apresentados na forma de gráficos e, no final do capítulo, faz-se um comparativo das respostas em forma de tabela.

GRÁFICO Nº 1

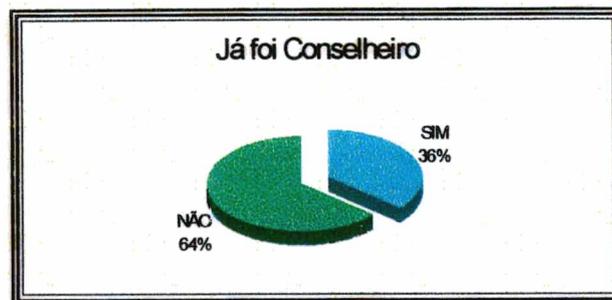


Com relação à categoria de representação junto ao CMS, 49% dos vinte e dois respondentes representam os usuários, 14% representam os profissionais de saúde, 32% os prestadores de serviço e 5% representa algum órgão do governo.

Observa-se que a expressiva maioria dos respondentes representa os usuários dos serviços de saúde. Este fato, poderia ser explicado porque a paridade no CMS de Passo Fundo é respeitada, ficando os usuários com 50% dos assentos do CMS. Por outro lado, poderia também significar que os usuários dos serviços de saúde tem uma maior necessidade, aliada ao interesse, de instrumentalização para o exercício do controle social.

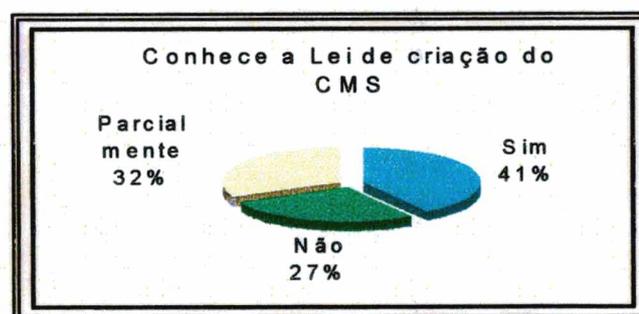
As categorias de representação não estão paritárias nesse gráfico porque a porcentagem apresentada faz-se em relação ao número de respondentes e não ao número total de conselheiros.

GRÁFICO Nº 2



Do total de respondentes, 36% já havia ocupado uma cadeira em um Conselho de Saúde e 64% nunca tinha exercido essa função. Observa-se, assim, que a grande maioria estará atuando na função pela primeira vez. Este fato aponta para a necessidade de instrumentalização dos conselheiros, mostrando a oportuna realização deste estudo.

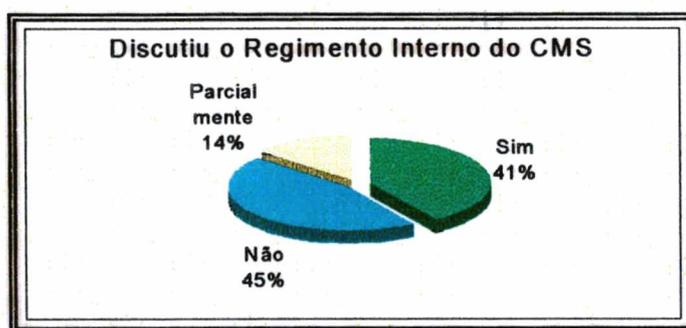
GRÁFICO Nº 3



Os Conselhos de Saúde, nas três esferas de governo, são instituídos por Lei própria. Quanto ao conhecimento a respeito da Lei de Criação do CMS de Passo Fundo, 41% dos conselheiros que responderam o instrumento, já tem conhecimento sobre a mesma, 27% não a conhecem e 32% tem um

conhecimento parcial. Pode-se observar que o percentual de conselheiros que tem conhecimento desta lei é maior do que o percentual de conselheiros que, segundo o gráfico nº 2, já haviam ocupado assento em um Conselho de Saúde, que não necessariamente o de Passo Fundo. Poder-se-ia inferir, assim, que estes conselheiros já haviam preparado-se para exercer esta função?

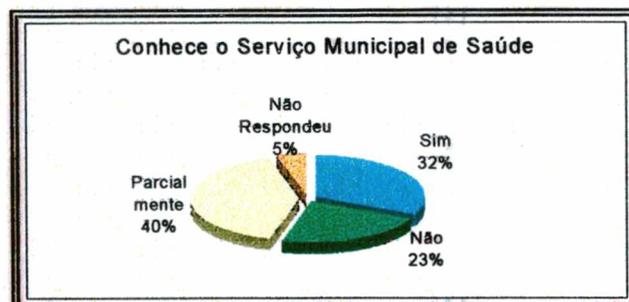
GRÁFICO Nº 4



O Conselho de Saúde deve ter um Regimento Interno, no qual são definidas as normas para o seu funcionamento. Este documento deve ser elaborado pelos próprios Conselheiros. No caso de uma nova eleição, os conselheiros devem discutir o Regimento Interno pré-existente e optar por sua manutenção ou reformulação.

Dos conselheiros que responderam o instrumento, 41% já havia discutido o Regimento Interno do CMS de Passo Fundo, este número igualmente ultrapassa os números apresentados no gráfico nº 2, no qual os conselheiros responderam que já haviam tido outras experiências em Conselhos de Saúde. A maioria, ou seja, 45% não havia discutido o Regimento Interno e 14% o fez de maneira parcial.

O fato de existir 14% dos respondentes que discutiu de maneira parcial o regimento interno do CMS mesmo sem ter exercido esta função, pode ser originário da organização de algumas categorias de representação do CMS, fora do espaço do conselho preparando-se, assim, para o exercício do controle social.

GRÁFICO Nº 5

A efetiva participação nas decisões a respeito das políticas de saúde de um município, além de outros requisitos, pressupõe um conhecimento prévio em relação a estrutura e funcionamento dos serviços oferecidos à população.

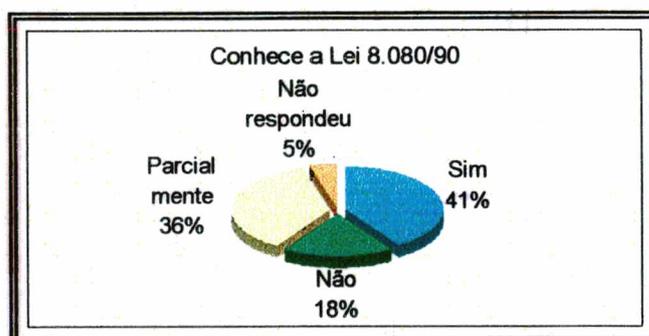
Com relação a ter conhecimento sobre a estrutura e funcionamento do Serviço Público de Saúde do município, 32% dos conselheiros respondeu que conheciam, 23% afirmou que não tinha conhecimento, 40% tinha conhecimento parcial e 5% não respondeu a pergunta.

A falta de conhecimento sobre a estrutura dos serviços de saúde era de se esperar, considerando que a maioria dos conselheiros está participando do CMS pela primeira vez. Esta constatação dificulta o entendimento das discussões que tem como palco a plenária do CMS. Esta deficiência poderia ser amenizada no momento em que os conselheiros realizassem um estudo do Plano Municipal de Saúde, onde é apresentado um retrato epidemiológico e da estrutura dos serviços de saúde de um município. Porém, este estudo seria mais efetivo, se acompanhado por outros conselheiros experientes ou por técnicos do setor saúde.

A renovação do CMS de dois em dois anos, embora necessária e produtiva do ponto de vista de oportunizar a participação de novos atores sociais, portadores de novas idéias, se analisada sob o aspecto da experiência adquirida, dificulta o avanço nas discussões no CMS pois, quando os conselheiros estão obtendo um conhecimento mais amplo e profundo de todos

os aspectos relativos à sua função, há uma nova eleição com a mudança dos conselheiros.

GRÁFICO Nº 6



A Lei 8.080 de 1990 dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.

Esta lei regula, em todo território nacional, as ações e serviços de saúde, executados, isolada ou conjuntamente, em caráter permanente ou eventual, por pessoas naturais ou jurídicas de direito público ou privado.

Em resumo, a legislação do Sistema Único de Saúde fornece as diretrizes gerais para a implantação do SUS e estabelece os direitos do cidadão com relação à saúde. É, portanto, a base legal do SUS.

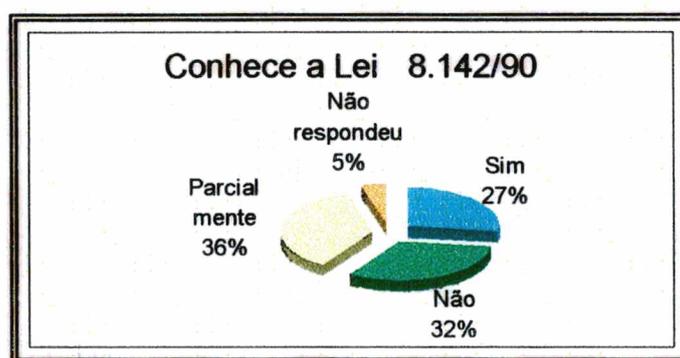
Parece-nos claro que o conhecimento, não só da Lei 8.080/90, mas de todas as Leis que determinam os direitos e os deveres do cidadão, são essenciais para o pleno exercício da cidadania.

Para os conselheiros de saúde, conhecer a Lei 8.080 é fator essencial também, para o exercício desta função, sejam eles usuários, profissionais de saúde, representantes de órgãos do governo ou prestadores de serviço.

Sobre esta Lei, dos vinte e dois respondentes, 41% (a maioria) afirmou que tinha conhecimento, 18% que não conheciam, 36% conhecia parcialmente

e 5% não respondeu a pergunta. Excluindo-se os 18% que responderam negativamente a esta questão, poder-se-ia inferir que a maioria dos conselheiros conhece, mesmo que de maneira parcial, a Lei 8.080 representando este, um fato positivo em relação à função que deverão desempenhar.

GRÁFICO Nº 7



A Lei 8.142 de 1990 dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde - SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. (Conferências de Saúde, Conselhos de Saúde, Recursos orçamentários da Saúde).

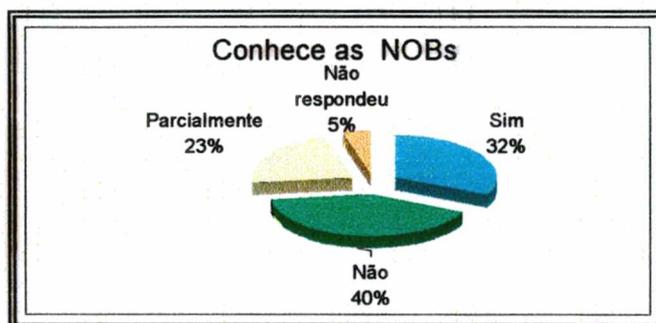
Perguntados sobre seu conhecimento a respeito da Lei 8.142/90, 27% dos conselheiros respondeu que já a conhecia, 32% que não tinha conhecimento sobre ela, 36%, a maior porcentagem tem conhecimento parcial e 5% não respondeu.

Sendo a Lei 8.142/90 a base teórica da participação popular nas políticas públicas de saúde, o conhecimento desta Lei torna-se fundamental para o exercício desta prática.

A constatação de que apenas 27%, do total de respondentes, conhece esta Lei reforça, mais uma vez, a oportunidade de realização deste estudo,

uma vez que, para exercer o controle social os conhecimentos básicos passam, necessariamente, pelo aspectos legais contidos na Lei Orgânica da Saúde (Leis 8.080 e 8.142/90).

GRÁFICO Nº 8



As Normas Operacionais Básicas do SUS – NOBs – são instrumentos jurídico institucionais, editados periodicamente pelo Ministério da Saúde, após amplo processo de discussão com os demais gestores e outros segmentos da sociedade e aprovados no Conselho Nacional de Saúde, cujo objetivo é o de disciplinar a aplicabilidade da Legislação do SUS nos municípios, Estados e União. Dentre as finalidades das NOBs encontram-se: o aprofundamento e reorientação da implementação do SUS; a definição de novos objetivos estratégicos, prioridades, diretrizes e movimentos tático-operacionais; a regulação das relações entre seus gestores e a normatização do SUS. Resumidamente, estas normas explicitam a aplicabilidade da legislação do SUS, isto é, dizem “como” fazer.

Levando-se em consideração que o CMS deve fiscalizar as ações e serviços de saúde do município, e que este deve adaptar-se às NOBs, um conhecimento prévio das mesmas deveria ser parte integrante do preparo dos conselheiros.

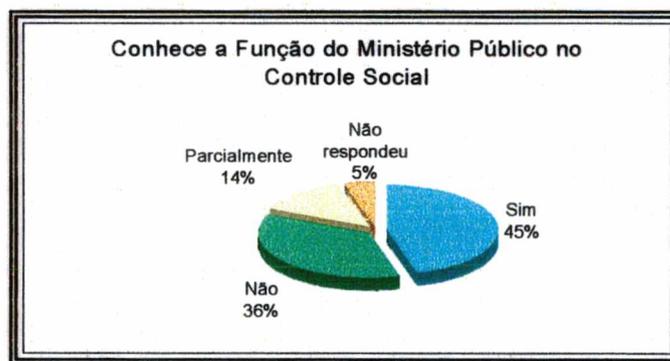
Foram editadas três NOBs, a primeira em 1991, a segunda em 1993 e a terceira e última em 1996 que vigora até o momento.

Sobre este assunto, 32% dos respondentes afirma ter conhecimento, um número inferior aos conselheiros que afirmaram anteriormente já ter experiência nesta função.

Os outros 40% dos conselheiros não tem nenhum conhecimento sobre o assunto, e 23% conhecem parcialmente.

A falta de conhecimento sobre as NOBs demonstra, mais uma vez, o despreparo dos conselheiros para a função reafirmando a necessidade de instrumentalização.

GRÁFICO Nº 9



O Ministério Público tem atribuição específica de natureza cível no zelo pelo efetivo respeito dos poderes públicos e dos serviços de relevância pública aos direitos assegurados na Constituição, com o poder de promover as medidas necessárias a sua garantia (CF, art. 129-II).

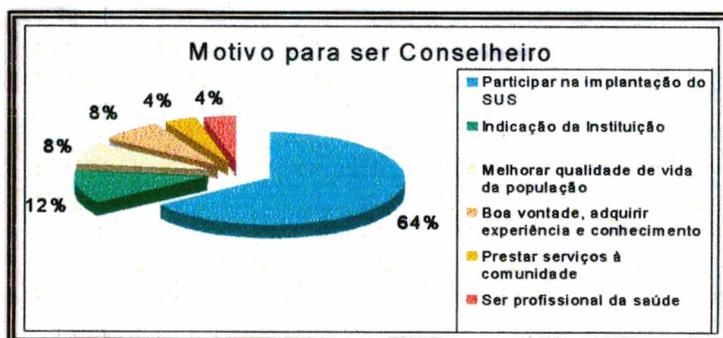
No caso da saúde, é função institucional do Ministério Público garantir o respeito dos Poderes Públicos da União e dos serviços de relevância pública quanto aos direitos assegurados na Constituição Federal relativos às ações e serviços de saúde (CF, art. 5º-V-a). Esta inovação aconteceu também na Constituição de 1988.

Quanto à função deste órgão no controle social da saúde, 45% dos conselheiros (a maioria) respondeu que tinham conhecimento, 36% que não conheciam, 14% conheciam parcialmente e 5% não respondeu. A constatação

de que a maioria dos conselheiros tem conhecimento sobre este dispositivo legal, permite inferir que os mesmos já tem uma noção de como garantir que o controle social e os direitos do cidadão sejam levados à efeito, quando negados pelo Estado, embora garantidos constitucionalmente.

Parece contraditório que o próprio Estado tenha criado um dispositivo para garantir que ele mesmo cumpra seu papel, porém as respostas afirmativas para a questão nos levam a pensar que a maioria dos respondentes já tem conhecimento deste dispositivo justamente pelo sentido fiscalizatório que a participação social nas políticas públicas assume em nosso país. Sobre este assunto nos respaldamos em Carvalho, A. I. (1995, p. 28), quando o autor ressalta: “(...) parece mais importante ‘impedir o Estado de transgredir’ do que ‘induzi-lo a agir’ “.

GRÁFICO Nº 10



Para a maioria dos vinte e dois respondentes (54%), a motivação para ser conselheiro surgiu do interesse em participar na implantação do Sistema Único de Saúde no município, talvez por entenderem não estar o SUS implantado na totalidade de seus princípios e diretrizes ou, ainda, pelo motivo de realmente participar na decisão das políticas de saúde do município. Outro ponto, que também poderia motivar os conselheiros a essa participação, seria a garantia do acompanhamento de determinados segmentos nas principais decisões do setor saúde ao nível municipal.

Observa-se que 12% dos conselheiros optaram por participar do CMS por indicação da instituição que representam. Aqui, poderíamos inferir que poderia ter existido uma imposição da instituição e não um desejo do conselheiro em participar do colegiado ou, ainda, que estes representantes foram indicados pelo fato de ter adquirido um melhor preparo para o exercício da função proposta.

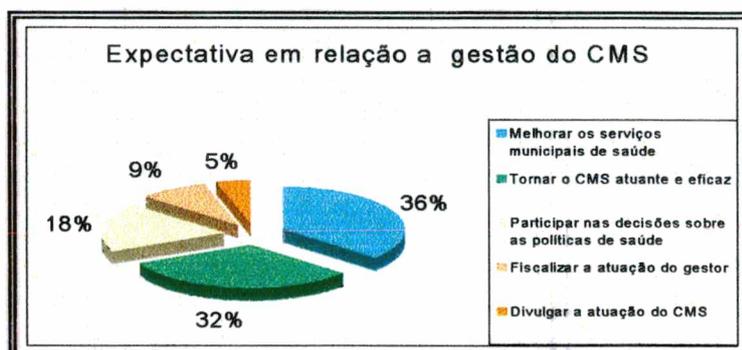
O interesse em participar do CMS para melhorar a qualidade de vida da população foi manifestado por 8% dos respondentes e, o mesmo percentual, optou por participar deste órgão por ter boa vontade e adquirir experiência nesta área. A boa vontade explicitada pelos conselheiros pode ser devida ao fato de que o trabalho executado por eles não percebe remuneração tendo, muitas vezes, de abdicar do convívio da família e de horas de lazer para o desempenho de sua função. Já a resposta: adquirir experiência, demonstra que realmente existe interesse no conhecimento relativo ao controle social.

Responderam que optaram por participar do CMS com a intenção de prestar serviços à comunidade 4% dos conselheiros e, ainda, o mesmo percentual, por ser profissional da área da saúde. Estas respostas poderiam indicar uma tomada de consciência para a responsabilização do cidadão e do profissional de saúde para as questões relativas às políticas de saúde.

A análise das respostas dos conselheiros nos leva a pensar que a grande maioria do grupo de respondentes entende que o CMS participa e delibera sobre as políticas de saúde, isto quer dizer que, mesmo de modo abrangente, os conselheiros tem entendimento sobre suas funções.

Curiosa torna-se a análise de que nenhum conselheiro referiu o exercício do poder e o prestígio pessoal que, embora não explicitados, poderiam fazer parte dos desejos dos conselheiros eleitos.

GRÁFICO Nº 11



Relativamente à expectativa dos conselheiros em relação à esta gestão do CMS, 36% dos conselheiros respondeu que espera melhorar os serviços municipais de saúde. Seria possível inferir, por esta resposta, que os conselheiros consideram os serviços municipais de saúde de baixa qualidade? Ou ainda, o entendimento de que os serviços públicos devem estar em contínua aprimoração?

Por outro lado, no gráfico nº 5 podemos observar que a maioria dos conselheiros respondeu não conhecer ou conhecer parcialmente os serviços de saúde do município, o que parece uma contradição.

Do total de respondentes, 32% espera tornar o CMS atuante e eficaz. Isto poderia significar que, na visão destes conselheiros recém eleitos, as gestões anteriores do colegiado não tiveram um bom desempenho? Ou, também poderia ter o sentido de que as decisões do CMS não foram levadas à efeito pelo gestor? Uma outra alternativa possível, é a de que este conselho tem apenas a intenção de realizar um trabalho efetivo no que tange ao controle social.

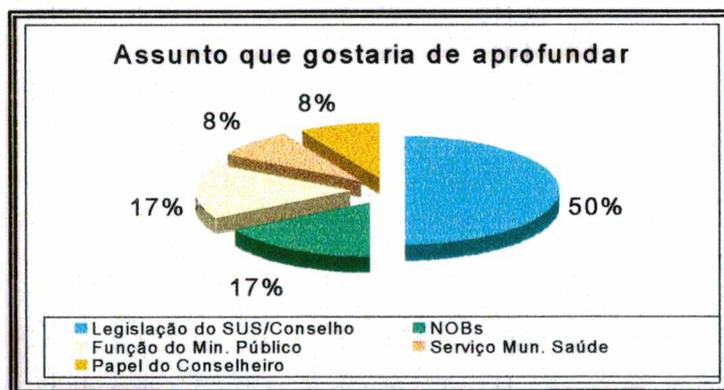
Participar das decisões a respeito das políticas de saúde foi a opção de 18% dos conselheiros. Aqui, poder-se-ia dizer que os conselheiros tem expectativas em relação ao exercício do poder, o que aparece também quando

9% dos respondentes expressam sua expectativa de fiscalizar a atuação do gestor.

Ainda, para um percentual de 5%, a expectativa em relação à sua atuação diz respeito à divulgação do trabalho realizado pelo CMS. Esta resposta nos remete à possibilidade de que, estes conselheiros, entendem a função para a qual foram indicados como de representação de um determinado segmento da população, tendo a intenção de repassar informações e discutir decisões com este mesmo segmento e com a população em geral.

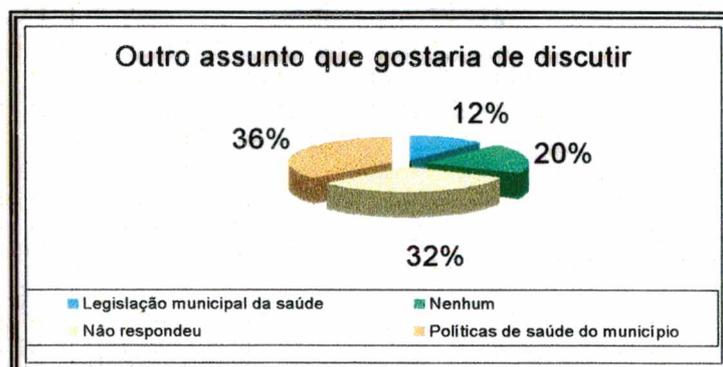
As diferentes respostas apresentadas nesta questão permitem a constatação da diversidade de interesses e projetos deste grupo de conselheiros em busca da cidadania, da legitimidade e de espaço no controle social da saúde.

GRÁFICO Nº 12



Para essa pergunta, 50% dos conselheiros respondeu que gostaria de aprofundar seus conhecimentos a respeito da Legislação do SUS e dos instrumentos legais de institucionalização do conselho de saúde. Os demais, embora de maneira pontual, igualmente reforçam a possibilidade de estarem conscientes da necessidade de instrumentalização para o exercício do controle social do SUS, e de que esta instrumentalização deve partir, basicamente, do conhecimento da Legislação e da política de saúde praticada no município.

GRÁFICO Nº 13



A intenção desta pergunta foi abrir aos conselheiros a possibilidade de referir um outro assunto, não contemplado nas perguntas anteriores, que os mesmos tivessem interesse de abordar. Observa-se que 32% dos conselheiros não respondeu a questão e 20% respondeu não haver outro assunto de interesse.

Essa negativa nos leva à reflexão de que os assuntos abordados anteriormente satisfazem a expectativa de conhecimento dos respondentes ou então, embora existindo outros pontos necessários para o desempenho desta função, estes podem não ter sido lembrados, considerando que o instrumento foi aplicado no mesmo dia em que os conselheiros assumiram suas funções. Por outro lado, 36% dos respondentes manifestaram interesse em conhecer alguns assuntos específicos relativos às políticas de saúde adotadas pelo município e 12% em relação a legislação da saúde no nível municipal.

4.2. QUADRO COMPARATIVO DOS RESULTADOS DO INSTRUMENTO DIAGNÓSTICO APLICADO AOS CONSELHEIROS.

A elaboração deste quadro tem a intenção de demonstrar a pertinência da proposta de trabalho, através da comparação de algumas das respostas obtidas pela aplicação do instrumento diagnóstico, que foi respondido pelos conselheiros.

	SIM		NÃO		PARCIAL MENTE		NÃO RESPONDEU		TOTAL
	nº	%	nº	%	nº	%	nº	%	
Já foi Conselheiro	8	36	14	64	-	-	-	-	22
Conhece a Lei de Criação do CMS	9	41	6	27	7	32	-	-	22
Conhece os Serviços de Saúde do Município	7	32	5	23	9	40	1	5	22
Conhece a Lei 8.080/90	9	41	4	18	8	36	1	5	22
Conhece a Função do Ministério Público	10	45	8	36	3	13,7	1	5	22
Conhece a Lei 8.142/90	6	27	7	32	8	36	1	5	22
Discutiu o Regimento Interno do CMS	9	41	10	45	03	14	-	-	22
Conhece as NOBs	7	32	9	40	5	23	1	5	22

O quadro acima nos permite fazer algumas reflexões.

Na consideração da totalidade dos membros do CMS que responderam o instrumento, ou seja vinte e dois conselheiros, temos que os quatorze que nunca foram conselheiros representam 64%, ou seja mais da metade. Este dado aponta para a necessária renovação, mas também para a necessidade de instrumentalização.

Retirando a primeira pergunta, em quatro perguntas (n^{os} 2,4,5 e 7), prevalece o SIM. Em quatro perguntas, n^{os} 2,4,5 e 7 o número de SIM é

superior ao número dos que já foram conselheiros. Assim, poderia-se indagar: como aquele ou aqueles que nunca haviam sido conselheiros sabiam/conheciam os documentos citados?

Da mesma forma, a resposta parcialmente prevalece na questão nº 3. Esta maioria poderia indicar que os conselheiros recém eleitos fazem parte de segmentos ou instituições que discutem e/ou se interessam pela estruturação dos serviços de saúde, a nível municipal.

Uma análise geral sobre o conhecimento dos conselheiros a respeito da Legislação que respalda o controle social, pode ser feita se, excluindo-se novamente a questão nº 1, somar-se o nº de respostas SIM e PARCIALMENTE das outras questões, onde encontraremos de 54% a 80% das respostas dos conselheiros. Isto posto, podemos inferir que o controle social, para este grupo de conselheiros, não é um assunto totalmente estranho. É certo que em alguns pontos e para alguns respondentes existe a necessidade de aprofundamento dos assuntos, porém há de se considerar o conhecimento preexistente do grupo.

4.3. Os Encontros do Círculo de Cultura

Este item analisa os encontros dos círculos de cultura, através de um olhar mais atento para os dados coletados, visualizando os conteúdos manifestos dos sujeitos e tentando desvendar os conteúdos subjacentes. Ao mesmo tempo, discute os dados obtidos relacionando-os ao referencial teórico do estudo na busca de dar respostas aos objetivos propostos e ampliar o conhecimento sobre o assunto.

O convite para a participação no primeiro encontro foi enviado aos trinta e dois conselheiros(as) através do correio, sendo assim, a decisão a respeito

da participação ou não nos encontros, ficou a cargo dos próprios conselheiros(as) através de livre escolha, isto é, em momento algum houve coação ou imposição para a participação dos mesmos.

O número de participantes, nos sete encontros realizados, variou de nove a treze conselheiros(as) representando um percentual de 28 a 40% do total de conselheiros.

Em todos os encontros foi providenciado um pequeno lanche para os(as) participantes, levando em consideração que muitos deles(as) saíam diretamente do trabalho, sem ter tempo suficiente para ir em casa ou lanchar antes do horário marcado para nos reunirmos.

Na primeira noite, foi exposta aos participantes a metodologia de trabalho, o número, data e horário possível dos encontros, o contrato verbal de participação e apresentados os resultados gerais do instrumento diagnóstico aplicado previamente, que orientou o tema central dos encontros realizados com o grupo.

Na seqüência, conforme a metodologia de trabalho, propus aos conselheiros a apresentação de textos que nos auxiliariam nos temas a serem discutidos, tomando por base os resultados do instrumento diagnóstico que apontava algumas deficiências no conhecimento para o exercício de sua função. Esta proposta foi feita considerando-se que os assuntos eram muito extensos e precisaríamos de um tempo prévio de preparação. Para a escolha dos textos fornecidos foi considerado, além dos temas específicos, a conscientização e a participação como temas centrais.

Estavam presentes doze conselheiros(as), dois eram representantes do segmento prestadores de serviço, um dos órgãos do governo, um dos profissionais de saúde e nove dos usuários.

Sobre este aspecto, vale a pena salientar o número superior de usuários participantes em relação aos demais segmentos que fazem parte do CMS. O mesmo fato foi observado anteriormente, quando a maioria dos conselheiros(as) que respondeu o instrumento diagnóstico também fazia parte desse segmento.

A preparação para receber o grupo foi intensa: revisar as transparências, providenciar o lanche, gravador, pilhas, fitas, revisar o texto, arrumar a sala, testar o retroprojeto. Tudo isso acompanhado pela angústia do inesperado: que o número de conselheiros(as) que atendessem ao meu convite fosse muito reduzido.

A tensão foi, gradualmente, sendo substituída pela tranquilidade, à medida em que os conselheiros(as) foram chegando, ainda antes das 19:00 h.

FREIRE, M. (1993, p. 65), analisando a construção dos grupos, coloca que *“no processo de construção de um grupo, o educador conta com vários instrumentos que favorecem a interação entre seus elementos e a construção do círculo com ele. A comida é um deles.”*

Assim optamos por organizar uma pequena mesa com lanche logo após a porta de entrada da sala, em local bem visível para que, à medida que os(as) participantes fossem chegando, pudessem servir-se, como uma forma de descontrair e tornar o encontro mais agradável.

O encontro iniciou às 19:05 h e, logo após as apresentações, iniciei minha fala fazendo uma retrospectiva do início deste trabalho, desde as experiências vivenciadas junto ao CMS, enquanto técnico da Secretaria Municipal da Saúde e docente do Curso de Enfermagem da UPF, da opção pelo tema, emergida destas experiências e por ser este conselho recém empossado.

Com relação a coleta de dados, deixei claro que seria mantido o sigilo absoluto da identidade de todos e, ao mesmo tempo, salientei que a propriedade intelectual dos dados seria da autora deste trabalho.

A partir das discussões em grupo e visualizando sempre os resultados do instrumento diagnóstico, foram propostos os próximos temas a serem discutidos. Assim, na realidade, o número de encontros foi decidido conforme a necessidade, em parceria com os(as) participantes.

Expus aos presentes que necessitaria gravar os encontros por não confiar somente na memória. Embora estivesse com o gravador no momento, ainda não o tinha ligado, aguardando a autorização dos mesmos.

Neste momento, uma das participantes do grupo, representante dos usuários entrevistou: "**Tenho medo desta prática de gravar, você tem certeza de que ninguém mais, além de você, vai ter acesso a essas fitas e, de repente, utilizar para outra coisa?**"(R.U.)¹ Respondi afirmativamente e fiz questão de salientar que os dados colhidos durante o estudo seriam utilizados exclusivamente por mim e, que após a transcrição dos mesmos, as fitas seriam apagadas. Todos os conselheiros(as) concordaram com a gravação dos encontros.

A seguir, para explicar a metodologia de trabalho dos encontros expus, em linhas gerais, o Itinerário de Pesquisa de Paulo Freire e a metodologia do Círculo da Cultura, quando um dos conselheiros, também representante dos usuários, perguntou: "**Quem é Paulo Freire?**"

Expliquei-lhe, sucintamente, que Paulo Freire foi um educador que utilizou como método de ensino-aprendizagem a realidade do educando. Em sua proposta, educador e educando aprendem juntos pois, o educador não é o "dono do saber" e, ainda, o educando participa ativamente sugerindo os temas a serem aprendidos. A aprendizagem, nesta metodologia, nunca se acaba e se estabelece, principalmente, através do diálogo.

Salientei aos participantes que, para exercer a função de conselheiro(a) seria necessário um mínimo de conhecimento específico, sendo esta a minha proposta de trabalho para os encontros seguintes.

A partir de então, utilizando transparências, apresentei os resultados do instrumento diagnóstico, mostrando os dados mais significativos através de gráficos que representavam as respostas dos conselheiros.

¹ Optamos por identificar as falas dos participantes do Círculo de Cultura como R.U. para Representantes dos Usuários dos Serviços de Saúde; R.P.S., para representantes dos Prestadores de Serviço; R.S.P., para representantes dos Profissionais de Saúde e R. G. para representantes dos órgãos do governo.

Durante a apresentação das transparências, um dos conselheiros, pediu a palavra e, desconfiado, fez uma intervenção: ***“Mas, pelo que estou vendo, o que a gente falar aqui pode ser usado contra nós.”(R.U.)*** Esta fala do conselheiro fez despertar um sentimento que causava-me certa ansiedade ainda na época da construção do Projeto de Pesquisa. Nesta época a possibilidade de que, por estar vinculada à Secretaria Municipal da Saúde, os conselheiros(as) não vissem com bons olhos a minha proposta de trabalho, era um sentimento que causava muito desconforto e até uma certa angústia, frente a possibilidade de não haver aceitação por parte dos mesmos(as). Embora, desde o início da proposição deste trabalho, em nenhum momento eu tenha me apresentado como representante da Secretaria Municipal da Saúde e sim como mestranda e professora da Universidade de Passo Fundo.

Expliquei, então, que o objetivo do trabalho, em hipótese alguma, era de prejudicar qualquer pessoa que dele participasse, ao contrário, minha intenção era de auxiliar na instrumentalização para essa nova função dos conselheiros(as): o controle social do SUS.

Outra conselheira, representante dos prestadores de serviços, demonstrando entender essa proposta, reforçou as minhas palavras e, com muita propriedade, contribuiu para o convencimento do conselheiro.

Esse fato causou-me certo constrangimento, o que me impediu de gravar o restante do encontro, mesmo estando com o gravador preparado, a meu lado.

A reação do conselheiro pode ser atribuída ao processo histórico que vem ocorrendo desde a formação dos primeiros conselhos de saúde, no que diz respeito a considera-los como órgãos de disputa ou de subtração do poder dos governantes. Não existe ainda, tanto de parte da população quanto de parte da grande maioria dos gestores, o entendimento de que a participação popular deve somar-se à gestão para a discussão democrática da coisa pública.

Especificamente, com relação ao CMS de Passo Fundo, por ter participado como técnico do órgão gestor desde sua formação e como

conselheira suplente em uma das gestões, foi possível observar que, embora não existam discrepâncias aberrantes em sua formação, existem distorções importantes como o não repasse de informações por parte do órgão gestor, a manipulação política, tanto por parte do gestor como de prestadores de serviços privados, a falta de capacitação dos conselheiros para participar, entre outras, levando à falta de reconhecimento e de legitimidade deste órgão colegiado.

Neste sentido, reforçamos o pensamento de GIACOMINI (1992, p. 111) , quando o autor defende a proposta de que a formação dos conselhos deve estar pautada no entendimento da necessidade da participação da sociedade,

(...) organizando-se e capacitando-se para uma participação crescente e politicamente amadurecida e com os governantes submetendo-se ao jogo democrático, onde desempenham crucial papel, e zelando para que a sociedade sob sua responsabilidade se beneficie, como um todo, deste, que pode ser um propício embate.

É importante salientar, também, que independente destes fatores, a legislação do SUS prevê que os gestores devem incentivar e dar condições para a formação dos conselhos, bem como para sua instrumentalização o que, historicamente, não ocorre.

A medida que os encontros do círculo de cultura foram acontecendo, a própria presença e participação dos conselheiros(as) foi dissipando aqueles sentimentos de desconfiança.

Seguindo a proposta metodológica do trabalho, entreguei aos conselheiros(as) um texto que abordava o histórico da crise sanitária no Brasil, o Movimento da Reforma Sanitária, a VIII Conferência Nacional de Saúde, a constituição de 1988 e a regulamentação do SUS, passando pela era Collor, pelas NOBs e, finalmente, pelo governo de FHC, fazendo uma análise de como se deu este processo e concluindo com sugestões a respeito da implementação do SUS, através da luta da sociedade pela manutenção da garantia de seus direitos constitucionais.

Após algumas considerações sobre o texto, solicitei aos conselheiros(as) que fizessem uma leitura do mesmo, com o objetivo de prepararem-se para as discussões do próximo encontro, agradei novamente a presença de todos(as) e reforcei verbalmente o convite para a próxima semana.

Logo após, todos levantaram-se e foram dirigindo-se à mesa do lanche onde ficamos conversando mais alguns minutos até a despedida final.

Após a saída dos conselheiros(as) tratei de, rapidamente, fazer minhas anotações. É óbvio que não consegui registrar absolutamente tudo, porém presumo que a idéia central que conduziu a discussão foi registrada de maneira fiel.

A partir do segundo encontro, que passo a discutir a partir desse momento, organizei as cadeiras em círculo, próximas umas das outras para que todos pudessem sentir-se realmente participantes do círculo de cultura e, assim, dialogar em situação de igualdade, nos olhando de frente, na mesma posição e lutando juntos pelo mesmo ideal.

No meu entendimento, a concepção de Círculo de Cultura de Freire, tem sua fundamentação no diálogo horizontal, como ele mesmo fala: (...) *o diálogo se faz numa relação horizontal em que a confiança de um polo no outro é consequência óbvia.*" (Freire, 1987, p. 81).

Neste dia, oito conselheiros(as) estavam presentes e, logo que iam chegando, eu lhes entregava um pequeno crachá com um alfinete para que eles ou elas mesmos(as) escrevessem seu nome. Este procedimento, depois, tornou-se habitual nos demais encontros.

Inicialmente perguntei à todos(as) se haviam lido o texto fornecido no encontro anterior, salientando o seu conteúdo: o histórico da reforma sanitária e da institucionalização do SUS. Frisei que, na minha opinião, a questão mais central que envolve o texto é o conhecimento do histórico e, mais precisamente da participação que se iniciou ainda com a reforma sanitária, além da legislação que é fundamental para que as pessoas conheçam seus direitos em relação à saúde, e assim possam exigí-los e ainda (fundamentalmente) o conhecimento sobre a participação.

A opção por um texto que resgata uma parte importante do histórico das políticas de saúde em nosso país teve a intenção principal de provocar a reflexão dos participantes a respeito do papel do ser humano nessa história, dos motivos pelos quais ela se fez assim e não de outra maneira e, principalmente, de, analisando-a, perceber criticamente seu papel na construção da história atual e futura.

Sobre a educação problematizadora, desveladora da realidade, FREIRE (1979, p. 79) salienta que “(...) *servindo à libertação, se funda na criatividade e estimula a reflexão e a ação verdadeiras dos homens sobre a realidade (...)*”.

A seguir, perguntei à todos se teriam alguma contribuição sobre o texto.

Logo no início da discussão, alguns conselheiros(as) demonstraram ter entendido a intenção da leitura do texto que era, na verdade, de levar ao seu conhecimento como se deu, historicamente, a participação popular na gestão do SUS, dos avanços e retrocessos nesta área desde a Constituição de 1988.

Salientei que, a meu ver, segundo o histórico referido no texto sobre a participação popular, o movimento da reforma sanitária foi idealizado e colocado em prática por movimentos sociais e por técnicos da área da saúde vinculados, principalmente a universidades e que, estes técnicos, aos poucos, conseguiram disseminar suas idéias e, através de articulações, inserir-se nos órgãos do governo, de forma a garantir que as deliberações da VIII Conferência Nacional de Saúde fossem aprovadas em forma de Lei.

Esse movimento, embora tendo a intenção de reduzir as desigualdades sociais e dar soluções ao grave problema da relação entre pobreza e doença, por interesses contrários ligados ao projeto neoliberal, teve e continua tendo, muitos períodos de estagnação e retrocessos, resultantes de um lento processo de reorganização das estruturas administrativas. A própria falta de comprometimento dos governantes que mantiveram-se ligados aos interesses dos grupos privados, dificultou e continua dificultando a implantação do SUS. A população mais desinformada (a grande maioria), ainda hoje, desconhece a Legislação e, conseqüentemente, seus direitos pelo fato de não haver um interesse na divulgação dos mesmos. Esse, sem dúvida, está sendo um dos

entraves para a consolidação da participação social e para a implementação do SUS pois, na medida em que o usuário dos serviços de saúde desconhece seus direitos, desconhece também a forma de exigí-los.

Um dos conselheiros(as) entrevistou:

“(...) por isso que agora, que nós estamos tendo a oportunidade de ter esse conhecimento e fazer esse trabalho (referindo-se a ser conselheiro e estar participando desse grupo), nós devemos aproveitar e divulgar para o resto da população”. (R. U).²

Através de suas palavras simples, o conselheiro quis fazer referência à importância do acesso à informação e, ainda, salientar o papel do conselheiro(a), enquanto agente de transmissão desta informação aos seus representados(as). No pano de fundo deste discurso podemos ver, também, a histórica alienação à que foi submetida a maior parcela da população, distanciada das informações, das decisões e do poder político.

Para complementar esse depoimento outro conselheiro fez sua contribuição à discussão:

“(...) por isso é importante as associações de bairros, chamar e insistir para o pessoal participar, não só disso, mas também de outras coisas, como a catequese, os clubes de mães, os bailes das associações. Tudo isso é importante e faz as pessoas participarem mais, conversar, discutir os assuntos importantes para o bairro. Assim as pessoas vão aprendendo cada vez mais”. (R. U.).

No entendimento desse conselheiro, transmitir os conhecimentos adquiridos e incentivar a participação da população é uma atividade que pode

² A linguagem coloquial utilizada pelos participantes sofreu correção para a adequação às normas gramaticais do idioma.

ser executada através de organizações no próprio local onde as pessoas vivem, dentro de seu contexto social e da sua realidade. Essa concepção de educação é proposta também por Paulo Freire quando o autor considera que o educando aprende através de sua práxis.

Após algumas discussões sobre como levar a informação à população e como organizar-se para este procedimento, outra participante do círculo de cultura, salientou :

“(...) me chamou a atenção esta última parte do texto que fala do futuro do SUS, sobre a intenção de desmonte do SUS que está sendo proposta pelo projeto neoliberal. A gente, historicamente, tem tido avanços, embora pequenos, mas houveram avanços e, agora, esta política de desmonte do SUS... o que vai ser?... Se não houver uma mobilização da população...vai ser difícil garantir....”(R.P.S.)

A fala da conselheira nos remete à análise do histórico da participação popular nas políticas públicas de saúde que, como já foi dito, ainda tem um longo caminho a ser percorrido. A principal preocupação da conselheira se refere à manutenção dos direitos constitucionalmente garantidos que só acontecerá mediante o exercício da cidadania pelos indivíduos e suas organizações, mediante, também, o combate à cultura formalista, mandonista e clientelista executada pelo Estado.

Neste sentido, FREIRE (1979, p. 30), quando nos fala sobre consciência reflexiva salienta que *“quando o homem compreende sua realidade, pode levantar hipóteses sobre o desafio dessa realidade e procurar soluções.”*

Na verdade, o combate a estas práticas só acontecerá na medida em que a sociedade civil tiver o entendimento de que a mobilização deve objetivar a concretização e consolidação das mudanças sociais, para que possam ter permanência e continuidade.

Justificando a situação em que se encontra o SUS atualmente, uma conselheira destacou

***“(...) o SUS foi implantado num momento muito difícil, porque anterior ao SUS se oportunizou que todos os prestadores privados crescessem e se qualificassem com equipamentos financiados com o dinheiro público e, na medida em que os serviços privados cresceram os públicos, ao contrário, foram se desqualificando e, se implanta o SUS no momento em que o serviço público está completamente falido, sem recursos e sem equipamentos”.*(R. P. S.)**

Outros(as) participantes também fizeram comentários sobre o texto já citado e finalizando esse assunto, como nenhum deles tivesse mais comentários a fazer, passamos para o próximo : a função do Conselho de Saúde e o Papel dos Conselheiros, para o qual já havia providenciado um outro texto.

Logo após a entrega de uma cópia para cada conselheiro(a), fui salientando alguns tópicos mais importantes do referido texto. Reforcei a idéia de que a leitura do mesmo, para o próximo encontro, seria de fundamental importância pois que, assim, poderíamos sanar as dúvidas e ter uma discussão mais produtiva.

Às 20:40, encerramos as discussões, reforçando o convite para o encontro seguinte.

Como já havia acontecido no encontro anterior, após o encerramento, alguns conselheiros(as) reuniam-se próximo à mesa do café para conversar, aproveitando o lanche que estava à disposição de todos(as). Uma das conselheiras ofereceu-se para me auxiliar no recolhimento do material utilizado, ao que agradei, pois rapidamente conseguia organizar tudo.

O terceiro encontro contou com a presença de treze conselheiros(as), o que deixou-me extremamente satisfeita, destes, duas conselheiras estavam participando do grupo pela primeira vez e, ainda, tínhamos a presença da minha orientadora, Prof. Dr^a Rosita Saupe que participava, nesta noite, como observadora.

Com a presença das novas participantes no grupo, achei oportuno explicar-lhes os objetivos do trabalho e a metodologia que estava sendo utilizada e, ao mesmo tempo solicitei permissão para gravar as reuniões, com o que as duas concordaram. Foi repassado também a elas os horários e datas dos próximos encontros, bem como o texto utilizado para as discussões deste dia.

Feitos os esclarecimentos necessários e pertinentes, passei então ao tema proposto para esta noite que estava ligado às funções do conselho: deliberativa, fiscalizatória e consultiva, contidas no texto referido anteriormente.

Logo de início uma das novas participantes do grupo, pessoa já de idade um pouco avançada, mas muito experiente e ativa em questões de participação social, fez sua primeira intervenção pertinente ao assunto:

“(...) estou preocupada com essa função do conselho de fiscalização, porque, na verdade, o conselho vem aqui, se reúne, decide, aprova e o gestor não cumpre o que fica decidido. Não adianta, as coisas não acontecem. Quantos prefeitos, secretários já passaram por aqui, quantos conselheiros já mudaram também, e a mesma história vem se repetindo. Não adianta mudar, as coisas não acontecem”.
(R. U.)

Na realidade, a preocupação da conselheira refere-se à função deliberativa do CMS que, por Lei, precisa ser homologada pelo chefe do poder executivo para ser implantada e ter valor legal. Não foi questionado pelos conselheiros, durante as discussões sobre esse assunto, se o CMS teve retorno do poder executivo quanto à homologação de suas resoluções embora,

outros conselheiros que participaram de gestões anteriores do CMS e que estavam presentes, tivessem reforçado suas palavras, mesmo assim, comentei sobre essa questão legal com os conselheiros.

Sobre esse assunto uma observação se faz pertinente. Depois de passados alguns meses da implementação desse projeto, pela primeira vez foram recebidas, na Secretaria Municipal da Saúde, algumas resoluções do CMS já homologadas pelo prefeito municipal, mesmo sem terem sido avaliadas pelo secretário da saúde, este fato foi tomado como surpresa pela administração.

Mesmo assim, existem outros mecanismos legais que reforçam as decisões do conselho de saúde quando não cumpridas pelo gestor que são respaldadas pelo Ministério Público, mais especificamente, pela Promotoria de Defesa Comunitária. Esse mecanismo, desde a criação do CMS de Passo Fundo foi utilizado apenas uma vez.

Logo depois, seguindo o roteiro proposto pelo texto, passamos a falar sobre a função fiscalizatória do CMS. O próprio texto salienta que não é exclusividade do CMS executar a fiscalização dos serviços e ações de saúde, qualquer cidadão pode exercer essa função e participar das reuniões do conselho de saúde, tendo direito à voz.

Um outro conselheiro, muito atento à discussão complementou:

“(...) eu acharia que, se o CMS já aprovou, já encaminhou, tem que fiscalizar e perguntar, porque que não está saindo? O que está acontecendo, nós temos que ajudar, ou o que temos que fazer? Porque senão, não adianta nós estarmos aqui. Acho que a idéia é amadurecer o grupo e envolver o segmento, para ajudar a pressionar e fiscalizar”. (R.U.)

Um dos participantes do grupo, líder comunitário, ao referir-se às dificuldades de mobilização da população pelos direitos sociais salienta:

“(...) a Senhora tava falando em aumentar o pessoal dos bairros, das vilas. Então, como fazer isso se, na maioria das vilas, nunca houve o que aconteceu agora dos presidentes de bairro serem conselheiros. Depois desse trabalho é que a gente sentiu, no bairro, o que é ser conselheiro de saúde. Mas é como a senhora tava explicando, tem muitas leis que a gente já ouviu falar, mas nunca foi tratado assim em reuniões que nem estas para estudar, para aprender, se aperfeiçoar, para depois saber trabalhar. Como é que eu vou chegar lá no bairro como conselheiro, explicar o que, se eu não sei participar?” (R.U.)

BEISIEGEL (1882, p. 96) criticando a educação praticada nas escolas brasileiras, baseado em concepções de Paulo Freire, de certa forma, explica a dificuldade referida pelo conselheiro em incentivar a participação de sua comunidade e, a sua própria, nas questões de saúde: *“obrigava-se o educando a uma atitude passiva, inibia-se pela raiz o diálogo, frustravam-se nas origens as possibilidades de formação do sentimento de responsabilidade e de desenvolvimento da vontade de participação.”*

Somos todos oriundos dessa escola e, na fala do conselheiro, podemos fazer a clara constatação do precário ou inexistente acesso à informação da população que utiliza os serviços públicos de saúde e, ainda, dos próprios conselheiros a respeito da Legislação do SUS, dos seus direitos com relação à participação nas decisões das políticas públicas. Podemos, também, observar nesta fala, a tomada de consciência do conselheiro sobre sua função de transmitir à sua comunidade os conhecimentos adquiridos e o incentivo à participação para que, somando esforços sejam atingidos os objetivos almejados pelas reivindicações sociais.

Neste sentido, FREIRE (1979, p. 61), refletindo sobre a conscientização destaca que

(...) quanto mais for levado a refletir sobre sua situacionalidade, sobre seu enraizamento espaço-temporal, mais 'emergerá' dela conscientemente 'carregado' de compromisso com sua realidade, da qual, porque é sujeito, não deve ser simples espectador, mas deve intervir cada vez mais.

Desta forma podemos concluir que somente a prática da participação pode levar à aprendizagem sobre a participação, como foi possível constatar no depoimento de uma das conselheiras, a qual demonstra plena consciência de seu papel enquanto agente de transformação social, justamente pela larga experiência neste campo :

“(...) quando foi para a câmara votar os 10% da saúde, eu arrecadei em todas as vilas toda a velharada... (risos) e nós fizemos plantão lá na câmara, levamos papel higiênico, roupa prá trocar, barraca, e a gente encheu lá, ficou bem cheinho, não tinha lugar prá uma pessoa. Eu ficava na porta, cada vereador que entrava, eu olhava bem na cara dele e mostrava um cartaz que dizia: ‘vereador consciente vota 10% para a saúde’. Isso foi o dia inteiro. Aí, o presidente da mesa de trabalhos, vendo toda aquela velharada, resolveu fazer um intervalo, e retomar às 11:00 da noite a discussão, decerto prá ver se os velhos ficavam bem cansados e iam embora, mas, ninguém se mexeu... (risos) ficamos lá até eles todos votarem. Nós só saímos de lá quando eles aprovaram a lei por unanimidade”. (R.U).

Diante dos comentários surgidos após esse depoimento, a conselheira ainda complementou: ***“(...) é que se agente fica de fora, esperando pelos outros, depois não pode se queixar dizendo que está ruim, vocês não acham?... Deu muito trabalho, mas valeu a pena.” (R.U)***

Essa conselheira tem vários anos de experiência em participação social, não apenas em conselhos de saúde mas, também, em movimentos populares e entidades não governamentais ligadas a área da saúde.

Outro assunto que emergiu das discussões foi a grande dificuldade de acesso à informação que, para a maioria da população é precária ou inexistente. Neste sentido, os debates foram unânimes em associar informação, cultura e conscientização, culminando com o depoimento de um conselheiro que, com muita segurança, afirmou:

***"(...) também não adianta ir lá e dizer 'amém' para tudo. (...) a gente tem que estar bem informado prá saber o que votar, de que maneira pressionar."* (R.U.)**

Analisando o depoimento do conselheiro, podemos observar a relação entre a prática social e o conhecimento. É no trabalho, na vida social, lutando pela sobrevivência e pela transformação da realidade que as pessoas vão adquirindo um entendimento sobre a sua inserção na sociedade e na natureza. VASCONCELOS, (1999, p. 14). Foi participando que o conselheiro chegou à conclusão de que, apenas garantir um assento no conselho de saúde não torna legítima a participação. Se não houver um entendimento das reais funções do conselheiro, das políticas de saúde e da legislação pertinente, o Conselho perde sua função e os participantes tornam-se apenas legitimadores do poder constituído, poder este, que pode estar tanto a favor como contra os interesses da sociedade civil.

Neste dia, mais uma conclusão importante emergiu das discussões do grupo: para que as deliberações do CMS realmente sejam implementadas, é necessário que os conselheiros(as) tenham acesso às informações e, principalmente, tenham consciência de seu papel enquanto multiplicadores, para que estas sejam transmitidas às comunidades que, unidas, poderão chegar ao alcance de seus objetivos, de suas reivindicações, estimulando, assim a participação e o resgate da cidadania.

Essa constatação pode ser observada no depoimento de outra conselheira:

“(...) fazendo isso, inclusive a gente resgata nas pessoas a sua dignidade e faz ver que elas também tem condições, que todos tem capacidade, erguer a pessoa, assim ela vai se sentir vitoriosa e vai passar isto para outras pessoas.” (R.U.)

Nos três encontros realizados, foi possível observar o entusiasmo de vários participantes nas discussões. Muitos deles não estavam preocupados com a hora de finalizar os trabalhos. Na maioria das vezes, foi necessário encaminhar para a discussão final, respeitando os horários que havíamos acordado na primeira noite.

No encontro anterior, o grupo havia solicitado um convite ao Promotor de Defesa Comunitária do município, para estar presente na próxima reunião do círculo de cultura. Fizemos o convite e o Promotor dispôs-se a esclarecer as dúvidas dos conselheiros(as).

Para finalizar, confirmei ao grupo a presença do Promotor no próximo encontro e reforcei o convite para que todos estivessem presentes, salientando a data e horário. Um dos conselheiros perguntou-me se poderia trazer mais um convidado, ao que respondi afirmativamente.

Na costumeira reunião em volta da mesa do lanche, uma das conselheiras que estava participando do encontro pela primeira vez perguntou-me: ***“Todos os conselheiros receberam o convite para estas reuniões?”(R.U.)***

Diante de minha resposta afirmativa, ela complementou: ***“(...) não sei como aconteceu, mas eu não recebi, gostaria de ter participado desde o primeiro.”***

Expliquei-lhe que os convites foram enviados via correio somente no primeiro encontro e que os demais foram agendados em comum acordo entre nós. Talvez, tenha lhe passado despercebido o convite, pelo fato de ter sido enviado junto com o convite de uma reunião ordinária do CMS.

Para recuperar os encontros anteriores, fiz uma proposta à conselheira para, em um horário disponível, repassar o material já fornecido e esclarecer-lhe as dúvidas, se necessário.

Logo após a despedida, enquanto recolhia o material utilizado, comentava sobre o encontro com minha orientadora que mostrou-se impressionada com a vitalidade e disposição demonstrada por uma das conselheiras. Comentamos a respeito do andamento do trabalho e eu senti um entusiasmo ainda maior.

Realmente, este trabalho estava me dando prazer e, a cada encontro do círculo de cultura, minha satisfação aumentava.

O quarto encontro teve, também a presença de treze conselheiros(as).

Como de costume, alguns participantes chegaram mais cedo (três), mas ao invés de irem se acomodando nas cadeiras preparadas para o encontro, dispostas em círculo, sentavam-se próximo ao local onde eu organizava o lanche e discutiam assuntos referentes ao seu trabalho enquanto serviam-se de café, chá e biscoitos.

Observei que os(as) participantes do círculo de cultura sentiam-se mais à vontade a cada encontro. Não raras vezes, discutimos assuntos ligados à Secretaria da Saúde os quais, partindo deles, geralmente vinham em forma de críticas, muitas vezes até pesadas. Embora esse fato demonstrasse a tomada de consciência dos conselheiros(as) para a realidade dos fatos, nestes momentos eu me sentia constrangida afinal, embora o trabalho que estivesse desempenhando com o grupo não tivesse relação direta com essa minha atividade, seria impossível desvincular-me totalmente dessa função. Até, porque, o trabalho na Secretaria da Saúde também me proporciona prazer e foi através dele que adquiri grande parte dos conhecimentos que hoje posso partilhar com os(as) conselheiros(as).

Nesta noite tivemos mais um conselheiro que passou a participar do grupo e que veio à convite de uma das integrantes do círculo de cultura. Quando chegaram, ele foi apresentado aos demais pela própria conselheira.

A medida que outros conselheiros(as) foram chegando, todos passaram a ocupar as cadeiras organizadas em círculo.

Como, neste encontro, tínhamos um convidado, o Promotor de Defesa Comunitária, primeiramente apresentei-o ao grupo e, logo após, como forma de integra-lo, expliquei os objetivos deste trabalho, que era de minha iniciativa, e a vinculação do mesmo com o mestrado que eu estava cursando. Além disso, coloquei que meu objetivo era de, fundamentalmente, fornecer subsídios aos participantes para o desempenho de suas funções.

Pedi-lhe autorização para utilizar o gravador, ao que ele respondeu: **“o que vamos falar aqui não é segredo para ninguém, muito pelo contrário”**.

O Promotor é uma pessoa jovem, muito simpática e não mantém aquela postura extremamente formal, geralmente observada nas pessoas que exercem este tipo de função. Muito educado, deixou todos os participantes à vontade.

Nos contatos que mantivemos previamente como preparação para esta noite, o Promotor solicitou que lhe enviasse a lei de criação do CMS, o regimento interno e a lei de criação do Fundo Municipal de Saúde (FMS), enfim toda a legislação municipal relativa ao controle social, isso foi feito com dez dias de antecedência.

Logo após as apresentações e esclarecimentos, passei a palavra ao nosso convidado, que reforçou o assunto relacionado às funções do CMS, discutido anteriormente:

“(...) os Conselhos de Saúde são órgãos que tem, resumidamente duas funções principais: de fiscalização e de planejamento. Na função de fiscalização, a função do conselho é de observar se os cidadãos estão tendo acesso aos serviços e tendo serviços de boa qualidade. Na função de planejamento, o Conselho basicamente auxilia o gestor a decidir quais serviços devem implantados, implementados ou melhorados, etc”.

Após estas primeiras colocações, o Promotor passou a relatar um pequeno histórico de como a Justiça passou a contribuir nas questões relativas à saúde, através das Promotorias de Justiça, reforçando, mais uma vez a importância do conhecimento da legislação pelos conselheiros:

“(...) assim, foi criada a Promotoria de Defesa Comunitária e, assim, é que a área do Direito acabou por misturar-se com a área da Saúde Pública. Para tanto, é preciso que nós entendamos um pouco de cada área para fazer o nosso trabalho. Assim como eu preciso estudar para entender um pouco da área da saúde, vocês, conselheiros, também precisam entender um pouco de leis, que faz parte da minha área, porque todos os direitos do cidadão em relação à saúde estão escritos na lei”.

A colocação do Promotor com relação a importância do conhecimento das Leis para o desenvolvimento do controle social, veio reforçar os resultados do instrumento diagnóstico aplicado aos conselheiros e, também, as minhas percepções com relação ao assunto, manifestadas várias vezes durante os encontros do círculo de cultura.

Importante foi o reconhecimento, por parte de um dos conselheiros, de sua própria capacidade de realmente aprender para poder exercer sua função e, também de vincular sua aprendizagem com a prática, observada em seu depoimento:

“(...) eu acho que a gente tá trabalhando prá aprender, a medida que a gente vai conhecendo mais coisas vai também ficar mais fácil, a gente tem que ir com calma, mas a gente pode aprender sim”.(R.U.)

A formação social brasileira, baseada em uma cultura institucional autoritária e burocrática dificulta o reconhecimento, pelos cidadãos, da ausência de uma cultura democrática e, conseqüentemente, das formas de combatê-la para, assim, fortalecer a organização popular autônoma.

O educador Paulo Freire (1979, p. 38), faz sua crítica à educação vertical, praticada nas sociedades latino-americanas, da qual também fomos vítimas incondicionais: *"O professor é um ser superior que ensina a ignorantes"*, salientando que, assim, o homem, ou ser humano, termo revisto por ele, (...) *perde seu poder de criar, se faz menos homem, é uma peça."*

MIZUKAMI (1986, p. 94), complementa as afirmações de Freire ao afirmar que o homem *"(...) não participará ativamente da história, da sociedade, da transformação da realidade, se não tiver condições de tomar consciência da realidade e, mais ainda, da sua própria capacidade de transformá-la."* A autora ainda complementa que esta tomada de consciência deve ser o objetivo de toda educação, quando o educador deve *"(...) provocar e criar condições para que se desenvolva uma atitude de reflexão crítica, comprometida com a ação."* (ibidem, p. 94)

Os conselheiros ouviam atentos as palavras do Promotor, porém uma conselheira que, desde o princípio parecia ansiosa para fazer perguntas, interrompeu o convidado: *" Dr. ..., o que eu queria mesmo saber, é como a gente procede quando os serviços oferecidos pelo SUS são cobrados."*

Nosso convidado, entendendo a ansiedade da conselheira, respondeu:

"(...) calma, nós já vamos chegar lá. É que se eu responder isso agora, nosso encontro vai perder a graça. Eu aceitei este convite para tentar tirar algumas dúvidas de vocês mas, também, para poder aprender com vocês como é o dia-a-dia do CMS, sobre o que os conselheiros pensam e como agem. Este assunto me interessa muito".

A curiosidade/ansiedade da conselheira é a mesma de muitos usuários, pois as cobranças indevidas praticadas, principalmente nos hospitais, são pautas constantes de reuniões do CMS. Por sua vez, o promotor também conhecia essa realidade uma vez que, mais tarde, ele mesmo relatou que o maior índice de denúncias recebidas pela Promotoria de Defesa Comunitária dizem respeito às cobranças indevidas por serviços prestados pelo SUS.

Aproveitando o momento da discussão, um dos conselheiros exemplificou contando uma passagem de sua própria vida que é comum a muitos usuários do SUS. Embora seja um depoimento longo, é oportuno pois reflete a realidade que hoje acontece em muitos serviços:

***“(...) há pouco tempo atrás minha esposa estava grávida e o nenê acabou morrendo antes de nascer. Ela não sentiu o nenê se mexer e ficou preocupada. Aí nós fomos no médico e ele pediu um exame que paguei R\$ 80,00. Bem, daí o médico falou que o nenê estava morto já há dois dias. Ficamos desesperados. Minha esposa precisou fazer cesariana urgente, foi direto prá sala de cirurgia e o médico não falou nada que ia cobrar, nós internamos pelo SUS. No dia da alta, disseram que eu precisava passar na tesouraria. Quando cheguei lá, disseram que eu tinha R\$ 400,00 para pagar de diferença do médico e do anestesista. Quando fui pagar, mostrei o cheque e pedi uma nota, aí disseram que não podiam dar nota. Respondi que sem a nota não iria pagar. A pessoa ficou furiosa e chamou o médico. Ele explicou que o SUS pagava muito pouco, por isso estavam cobrando a diferença. Eu disse que pagava se me dessem a nota, afinal, tudo que a gente compra tem direito de ter uma nota. Ele também ficou furioso comigo e acabou dizendo que eu não devia mais nada prá ele”.*(R.U.)**

Após o relato do conselheiro, surgiram algumas conversas paralelas. Mas, logo o Promotor retomou a palavra reforçando a atitude tomada pelo conselheiro e explicando como os usuários devem agir nos casos de cobranças indevidas, colocando claramente a função da ouvidoria pública que deve ser ligada ao CMS, e principalmente da promotoria, colocando-a à disposição e explicando como utilizar este instrumento legal, inclusive, fornecendo o número

do telefone e nome das pessoas que devem ser contatadas quando da ocorrência de casos semelhantes.

Nesse momento, uma das conselheiras, representante do segmento dos prestadores de serviços privados, a mesma que já havia tomado essa iniciativa em encontros anteriores, levantou-se do lugar que ocupava, foi até a mesa do lanche e passou a servir vários copos com café e chá. Percebendo sua intenção de servir a todos, levantei-me para auxiliá-la nessa tarefa que, depois de concluída, incentivou os participantes a, espontaneamente, servirem-se mais vezes. Essa atitude não interrompeu o assunto e, tão pouco, perturbou a fala do convidado.

Ao final, quando esgotaram-se os questionamentos, agradei ao convidado e acompanhei-o até a porta, enquanto os conselheiros continuaram em seus lugares. Na volta ao grupo, procurei indagar aos conselheiros que percepções haviam ficado sobre o assunto abordado pelo nosso convidado, ao que os participantes responderam:

C1: “Eu achei muito bom. Acho que ele realmente deveria ser convidado mais vezes para participar destas reuniões”. (R.U.)

C2: “Eu achei ótimo. A gente pode tirar muitas dúvidas. Ele nos explicou as coisas de maneira simples e acho que a maioria conseguiu entender bem”.(R.P.S.)

Para complementar a avaliação do encontro, reforcei mais uma vez as palavras do promotor no sentido da importância do conhecimento da legislação pertinente para o exercício do controle social.

Após algumas considerações finais, feitas por mim e pelos conselheiros(as), comentei com o grupo que, para o próximo encontro, tínhamos um assunto importante a discutir, mais especificamente a respeito dos Fundos de Saúde. Comentei ainda que, analisando o instrumento diagnóstico respondido anteriormente pelos conselheiros, este foi um dos assuntos sobre o qual foi demonstrado bastante interesse.

Distribuí aos(as) conselheiros(as) o texto referente ao assunto e fiz alguns comentários sobre uma publicação do Ministério da Saúde, específica para conselheiros de saúde, que deixaria à disposição dos interessados na secretaria do CMS.

Depois disso, como já se tornara hábito, alguns participantes reuniram-se, em volta da mesa do lanche. Discutiram alguns assuntos sobre trabalho e despediram-se.

Após a saída de todos, enquanto recolhia o material, continuava a pensar sobre o encontro, sobre minha percepção referente a reação positiva demonstrada pelos conselheiros(as) com a presença do Promotor, o que me proporcionava satisfação e incentivo para a continuidade do trabalho.

No quinto encontro estavam presentes dez conselheiros(as) e, como acontecia nos outros encontros, tive o cuidado de providenciar crachás para todos(as), inclusive quando tínhamos convidados. As vezes, um ou outro conselheiro(a) recusava o crachá por ter, ainda, o mesmo do encontro anterior.

Me chamou a atenção, a organização de alguns participantes que mantinham todo o material fornecido em uma pasta e a traziam consigo. Na minha percepção, essa atitude demonstrava o interesse e a importância que os mesmos conferiam ao trabalho que estávamos desenvolvendo.

Como havíamos tido aula sobre aspectos éticos relativos à Projetos de Pesquisa neste dia, iniciei minha fala relatando aos conselheiros que, em orientação com o professor sobre esse assunto, comentamos sobre a utilização do gravador durante os encontros, quando fui alertada sobre a importância de obter, dos participantes, uma autorização, por escrito, para a gravação dos mesmos. Para tanto, preparei um documento simples que foi lido e explicado aos(as) conselheiros(as), contendo a referida autorização. Todos(as) concordaram e assinaram prontamente o documento.

Logo depois de assinadas e devolvidas as autorizações, uma das conselheiras, pedindo a palavra, fez uma pergunta: **“Rejane, vai ter uma apostila destes assuntos que nós discutimos aqui?”(R.U.)**

Em encontros anteriores, havia sido comentada a necessidade de haver uma apostila que servisse para a instrumentalização a respeito de controle social, específica para conselheiros. Apesar disso, não me comprometi a organizar esse material por falta de tempo, porém ofereci minha ajuda e sugeri que fosse envolvido também o coordenador do CMS.

Então, a conselheira complementou: ***“Eu acho que tudo é importante quando tem as duas vias: vai e volta.”(R.U.)***

Enfatizei que, certamente, este era um ponto muito importante que a conselheira colocava, ou seja a devolução dos dados levantados pelos pesquisadores para a comunidade, principal interessada. Assim, assumi o compromisso de fornecer uma cópia desta dissertação de mestrado ao CMS, tão logo estivesse concluída.

Sobre o assunto, é importante citar a resolução n.º 196/96 do Ministério da Saúde – Conselho Nacional de Saúde sobre Pesquisa Envolvendo Seres Humanos (1996, p. 7) que, em seu artigo III.3, item “n” ressalta: *“(...) garantir o retorno dos benefícios obtidos através das pesquisas para as pessoas e as comunidades onde as mesmas forem realizadas”*.

A conselheira, mesmo sem conhecer o referido documento, tem consciência sobre a importância do item citado.

Salientei ao grupo, que o material que estava sendo entregue aos participantes a cada encontro, acrescido do material que eu deixaria na secretaria do CMS, iriam atender as expectativas da apostila a qual a conselheira estava se referindo. Alertei, porém, para o fato de que este material, por si só, não seria suficiente. Seria preciso também um esforço de cada um e de cada uma, no sentido de estudá-lo e entendê-lo, para o que me colocava à disposição, independente do término dos nossos encontros.

Passamos então a discutir o assunto proposto para essa noite: os Fundos de Saúde.

A Lei 8.142/90 é clara quando diz que o controle social nas ações e serviços de saúde deve abranger, inclusive, os aspectos econômicos e

financeiros. Na minha opinião, não poderia ser de outra forma, afinal, todo planejamento deve levar em consideração a questão financeira, sob pena de tornar-se inviável. Para tanto, ressaltai que, em primeiro lugar, seria importante saber da existência da lei que regulamenta os fundos de saúde e que, assim como o CMS, o Fundo Municipal de Saúde tem três instâncias: a federal, a estadual e a municipal.

Para incentivar a participação do grupo, perguntei: *“Vocês sabem o que é o fundo de saúde? Já leram alguma coisa que fala sobre isso ou a Lei que cria Fundo Municipal de Saúde?” ...silêncio...*

Reforcei, novamente a pergunta: *“Alguém sabe?”*

Lentamente, alguns conselheiros arriscaram-se a formular algumas respostas tímidas:

C1: “É uma taxa de imposto.” (R.U.)

C2: “É 10% da arrecadação do município, que é prá pagar as coisas da saúde.”(R.U.)

Os outros participantes mantiveram-se calados diante da minha pergunta, a não ser uma conselheira, representante dos prestadores de serviço, que participava do Conselho Municipal de Educação e relacionou o Fundo Municipal de Saúde (FMS) com a área de educação.

Estas duas áreas, saúde e educação, a partir da municipalização, foram descentralizadas para os municípios e tem a participação dos respectivos conselhos na decisão e controle da aplicação de seus recursos orçamentários.

A medida em que as discussões sobre o assunto avançavam, muitas dúvidas apareceram como:

C1: “Esta é uma lei Federal?” (R.P.S.)

C2: “Mas, se já existe uma lei maior, a gente não pode ficar dependendo dos nossos vereadores para aprovar uma lei.” (R.P.S.)

C3: “O município , agora está ilegal? Se a lei maior diz que tem que ter um FMS e nós não temos...” (R.P.S.)

C4: “E já tem dinheiro depositado neste FMS? Até pouco tempo atras, não tinha sido depositado nenhum recurso nesta conta, não é? E agora, como é que está? Isto foi uma reivindicação do Conselho?”(P.S.P.)

C3: “Mas, na última reunião do conselho, foi decido que esses recursos (próprios do município) deveriam estar no FMS. Estes recursos, então, não estão no FMS?” (R.P.S.)

As dúvidas eram muitas e variadas e fomos esclarecendo-as gradativamente, a medida que iam aparecendo.

Podemos observar que é histórico, no Brasil, a priorização na aplicação de recursos públicos para a infra-estrutura industrial em detrimento da aplicação de recursos para atender o consumo coletivo da população. Justamente para atender a essa demanda é que a legislação do SUS previu a participação da população, através dos conselhos de saúde, incluindo aí, os aspectos econômicos e financeiros. O que nos falta é o conhecimento desse direito, o que ficou demonstrado na fala dos conselheiros.

As discussões referentes ao FMS foram muito polêmicas e envolveram todos(as) conselheiros(as) presentes. Partimos do entendimento dos motivos de existir um FMS, de que este é uma exigência legal e de como deve ser a operacionalização do fundo. Durante as discussões os(as) participantes resgataram um pequeno histórico da aprovação da Lei Municipal e de sua regulamentação que só aconteceu quatro anos depois, por pressão da comunidade e do CMS.

Logo após os(as) conselheiros(as) perguntaram sobre como controlar os gastos com saúde, como saber se os recursos que foram aplicados nas ações e serviços de saúde realmente foram gastos onde deveriam ser.

Para esclarecer o assunto, partimos da explicação de que deve haver um Plano Municipal de Saúde (PMS) no qual o gestor, junto com o CMS, vai

decidir onde e como gastar o dinheiro da saúde, baseando-se nas necessidades apontadas pelos indicadores de saúde, pelos problemas existentes quanto à estrutura e funcionamento dos serviços, e pela política de saúde adotada pela gestão, ou seja, onde se quer chegar. Depois de elaborado o Plano e aprovado pelo CMS, o gestor deve prestar contas trimestralmente à comunidade dos recursos que foram aplicados em saúde e do alcance das metas propostas no PMS. Esta prestação de contas deve ser feita também através do relatório anual de gestão e ambos devem ser aprovados pelo CMS.

Os conselheiros pareciam não estar entendendo muito bem e continuaram a fazer indagações:

C1 : “então, tem que aparecer no relatório o que foi comprado, ou onde foi gasto o dinheiro e, no extrato de conta tem que aparecer o valor que foi gasto, é isto?” (R.P.S.)

C2 : “ e aparece a proposta também? Senão não tem como você controlar.” (R.P.S.)

C3 : “ tem que ter um projeto, um programa ou planejamento prá dizer onde vai gastar a verba?” (R.S.P.)

Depois das respostas a estas questões, a intervenção de uma das conselheiras mostrou a situação real pela qual estão passando muitos conselhos de saúde: **“(...) parece muito bonito assim falando, mas na verdade... não sei... não é assim que funciona, acho que eu tô um pouco descrente.”(R.U.)**

Em discussões anteriores a percepção da conselheira apareceu como uma dificuldade de envolver as pessoas da comunidade no processo participativo uma vez que, embora houvessem deliberações do conselho, estas não eram atendidas pelo gestor, o que resultava em descrença da população.

Sobre essa questão CARVALHO, A. I. (1995, p. 111) em estudo realizado sobre os conselhos de saúde nas três esferas governamentais, conclui que a proposta dos conselhos de saúde

“(...) colidem com a cultura institucional tradicional, particularmente sendo avessas às formas privativas de acesso ao poder características dos grupos dominantes. Os conselhos são, por isso, tendencialmente desprestigiados e, como se viu, privados do exercício pleno de seus poderes legais.”

Essa realidade, à medida em que a sociedade civil se prepara para esse exercício participativo e que os gestores acatam o jogo democrático, tem sido lentamente modificada, porém existe a consciência de que ainda há um longo caminho a ser percorrido.

Há de se considerar, ainda, sobre o controle social dos recursos orçamentários da saúde, a dificuldade de entendimento sobre a contabilidade dos recursos públicos, a forma como são apresentadas, em linguagem técnica, de difícil compreensão.

Diante de todas as questões levantadas, uma das principais que chamou a atenção dos conselheiros(as) e para a qual houve uma “conscientização”, aparentemente até então inexistente, foi a de que, se o CMS não exercesse o seu poder de controle sobre os recursos orçamentários da saúde, estaria deixando de atuar sobre um dos mais importantes aspectos relativos às políticas públicas de saúde. Seria ineficaz o planejamento de qualquer ação em saúde se não fosse previsto o referido recurso para executá-lo.

Sobre a conscientização do oprimido em relação a sua situacionalidade, Paulo Freire (1987, p. 101) destaca que os homens/mulheres (...) *serão tanto mais quanto não só pensem sua forma de estar, mas criticamente atuem sobre a situação em que estão.*”

Após o levantamento de todas as questões citadas, ainda restaram dúvidas sobre o assunto para os conselheiros(as). A proposta para preencher essas lacunas foi dada por um dos participantes do círculo de cultura:

“(...) eu tenho uma sugestão: nós convidarmos o coordenador do CMS, para vermos o que realmente está sendo feito, cobrado, discutido, a respeito do FMS.” (R.P.S.)

Como a sugestão foi aceita por todos(as), encaminhamos o final do encontro, com o horário ultrapassando em cerca de 20 minutos o tempo proposto para a duração do mesmo.

Nesta noite, a costumeira "reunião" em volta da mesa do lanche não aconteceu, talvez devido ao horário que avançou o limite estipulado. Percebi que essa ultrapassagem no limite do tempo ocorreu devido ao interesse pelo assunto que, mesmo assim, não foi esgotado, devendo continuar no próximo encontro.

No sexto encontro estavam presentes dez conselheiros, o nosso convidado e eu. O Coordenador do Conselho Municipal de Saúde, eleito em plenária, representa os usuários dos serviços de saúde e foi indicado pela CUT (Central Única dos Trabalhadores).

Como o nosso convidado dispensava apresentações por já ser muito conhecido de todos, iniciamos as discussões desta noite fazendo uma retrospectiva dos assuntos já discutidos, chegando até o texto do encontro anterior que abordava o Fundo Municipal de Saúde quando, então, os(as) participantes solicitaram a presença do coordenador do CMS para que pudessem ser esclarecidas as dúvidas sobre como está funcionando o FMS do município.

Não foi necessário explicar ao coordenador os objetivos do trabalho que estávamos desenvolvendo, uma vez que o mesmo tinha autorizado previamente nosso protocolo do Projeto de Pesquisa e, além disso, tinha conhecimento do mesmo através de conversas informais que mantínhamos na Secretaria.

Aproveitando o momento, apresentei aos conselheiros(as) a Lei Municipal Complementar n.º 79 de janeiro/99 que estabelece normas de ordem pública e de interesse social para a promoção, proteção e recuperação da saúde e para o funcionamento do SUS, a partir da legislação federal, estadual e municipal. É a Lei que normatiza o funcionamento do SUS no município.

Expus aos(as) participantes, em linhas gerais, o conteúdo do referido documento, salientando os tópicos referentes ao FMS, a prestação de contas

trimestral que o gestor deve fazer ao CMS e à câmara de vereadores, do acesso que os conselheiros(as) podem ter a extratos das contas do FMS e, enfim, entre outros pontos relativos ao SUS, de como exercer o controle social com relação aos recursos orçamentários da área da saúde. Salientei, ainda, que a cópia desta Lei, estará à disposição dos conselheiros.

Depois desses esclarecimentos, passei a palavra ao coordenador, que iniciou sua fala explicando ao grupo o que é o Fundo Municipal de Saúde e a proveniência dos recursos que o integram, além de noções gerais sobre contabilidade pública.

Os conselheiros(as) mantiveram-se calados(as), escutando com muita atenção a fala do coordenador que fazia uma “aula” sobre FMS, até que a abordagem voltou-se para os pontos questionados pelos(as) conselheiros(as) no encontro anterior e que ficaram sem resposta, momento em que fiz uma intervenção: *“Uma curiosidade que todos tinham era exatamente esta, como está o FMS de Passo Fundo agora?”*

Diante da minha pergunta, o coordenador respondeu:

“(...) na prática, o que ficou decidido é que, a partir do ano que vem, os recursos da saúde provindos do orçamento municipal, devem ser colocados nestas contas do fundo. Hoje, o que nós temos no FMS são os recursos da união e do estado. Qualquer conselheiro pode ir lá no Banco do Brasil ou no Banrisul e pedir um extrato”.

A criação do Fundo Municipal de Saúde tem por objetivo alocar, em contas específicas destinadas apenas aos gastos com saúde, todos os recursos provenientes da União, Estado e Município.

O município de Passo Fundo assumiu a municipalização em 1994. Nesta oportunidade criou, através de lei própria, o CMS e o FMS, como exigência para assumir a municipalização da saúde. No entanto, o decreto que

regulamenta o FMS é datado de 1996 e, mesmo assim o FMS não aglutina todos os recursos, ficando fora dessas contas, parte dos recursos municipais.

Essa situação, passou a ser conhecida por alguns conselheiros(as) do grupo apenas nesse momento.

A observação de uma conselheira sobre o funcionamento do FMS foi oportuna e levou os demais participantes do grupo a pensar mais profundamente no assunto:

“(...) na verdade, a participação do conselho na decisão dos gastos, tira o poder de decisão do gestor, ele passa a ser um executor, é por isso que não funciona, porque ele perde o poder”. (R.P.S.)

Outro participante complementou a fala da conselheira:

“(...) o que eles não entendem é que eles só tem o poder porque nós votamos neles para representar os nossos interesses”. (R.P.S.)

Podemos confirmar o depoimento do conselheiro nas palavras de Paulo Freire (1979, p. 38), “ *O sectarismo pretende conquistar o poder com as massas, mas estas depois não participam do poder* . “ Essa realidade se expressa de maneira muito clara em nosso país.

Na seqüência do encontro, as palavras de outro participante demonstram sua maior experiência em participação social e sua visão, não apenas de controle mas, realmente, participativa e responsável que essa experiência proporcionou:

***“(...) o conselho deve ter consciência de que nós também somos responsáveis por isso tudo. Na constituição diz que a saúde é um direito de todos e um dever do estado, então o estado tem de garantir saúde para todos. Mas, ainda na constituição, também diz que o dever do estado não exclui o dever do cidadão, nem da sociedade e a sociedade é representada pelo conselho, então nós também somos responsáveis. Em muitas cidades já aconteceu que o secretário gastou mal o dinheiro e a justiça responsabilizou também o conselho que aprovou a prestação de contas”.*(R.U.)**

CARVALHO, A. I. (1995, p. 107) traduz a concepção de participação social explicitada nas palavras do conselheiro: *“(...) a sua criação concreta envolveu um processo político e social marcado pela presença de atores comprometidos com a proposta de participação e controle social contida no espírito do SUS.”*

O espírito do SUS citado pelo autor pressupõe a participação consciente da sociedade civil, em favor da melhoria das condições de saúde da coletividade, vista aqui como a maioria da população, e não de uma minoria.

Entre outras questões abordadas, uma delas, que emergiu dos(as) próprios participantes, chamou a atenção: a divulgação das ações realizadas e discutidas pelo CMS, como forma de incentivar a participação. Para que essa ação se realize, um dos conselheiros perguntou que estratégias seriam utilizadas pelo conselho, cuja resposta foi :

“(...) nós estamos planejando três coisas: a 1ª é uma cartilha dizendo o que é o CMS, como é que funciona o SUS, etc. A Segunda é um folder informativo, dizendo como é que as pessoas podem participar do CMS, informações sobre saúde, etc. E a terceira é um boletim informativo mensal, que será repassado às entidades, á comunidade em geral, informando as principais decisões do conselho e as pautas das reuniões”.

Na verdade, essa forma de incentivo à participação busca a mobilização de outros atores sociais que, unidos, possam somar esforços para a concretização de seus ideais de luta.

Após ainda, algumas discussões sobre recursos orçamentários e FMS, a abordagem dos conselheiros voltou-se para as deliberações do CMS que não foram cumpridas, a questão política partidária que envolve as decisões ou falta delas na área da saúde e o avanço na gestão de municipalização pretendida pelo município para a qual, tanto o gestor quanto o CMS devem preparar-se.

Seguindo essa linha de idéias, os(as) conselheiros(as) manifestaram grande interesse em conhecer detalhes sobre as responsabilidades do município na Gestão Plena da Atenção Municipal, constantes na Norma Operacional Básica do SUS 01/96. Diante desse fato, sugeri convidar para falar sobre o assunto, uma conselheira que não estava participando do grupo e que tinha maior conhecimento sobre o mesmo, havendo plena concordância de todos.

Para acertarmos os detalhes relativos à data do próximo encontro tivemos algumas dificuldades pois eu estaria viajando na próxima semana e, casualmente teríamos dois feriados e uma reunião ordinária do conselho nas semanas seguintes. Sendo assim, marcamos nosso próximo encontro para um mês depois, única data em que houve consenso do grupo.

Expliquei aos participantes da minha necessidade em finalizar a coleta de dados relativa à este estudo, conseqüentemente os encontros com o grupo, para iniciar a elaboração dessa dissertação. Houveram alguns comentários a respeito, demonstrando uma certa resistência dos participantes do círculo de cultura.

Nesse momento, mais uma vez, me dei conta da confiança que esse grupo de conselheiros havia depositado em mim, no meu trabalho. Essa confiança me tornava responsável por manter o grupo e dar continuidade ao que havia começado. Percebi que não poderia simplesmente dizer a eles que minha tarefa havia chegado ao final, mesmo porque em nenhum momento o considerei uma tarefa. Aprendi a ter um carinho especial pelos conselheiros

que participaram desse trabalho, a considerá-los como parte integrante de um projeto antigo, construído durante minha prática profissional: ampliar o acesso à informação, levar às pessoas os conhecimentos que adquiri ao longo de minha experiência e, assim, auxiliar para que nossa sociedade se torne mais justa e mais humana.

Depois de acertados todos os detalhes, participei com eles da costumeira reunião em volta da mesa do lanche. Parecia que, para os(as) conselheiros(as), esse era um momento importante do encontro.

Depois de alguns minutos de conversa descontraída, nos despedimos e, como sempre, minha preocupação se voltava a recolher o material e deixar a sala em ordem.

O período que antecedeu o sétimo e último encontro foi marcado por alguns problemas de ordem estrutural referentes à data e local.

Na data em que havíamos acordado, houve uma reunião extraordinária do CMS, impossibilitando nosso encontro. Assim, ainda devido a outros problemas de ordem pessoal, foi necessário adiá-lo.

Para novamente avisar o grupo da nova data e horário enviei, pelo correio, um convite aos(as) participantes.

Tinha consciência das dificuldades de novamente aglutinar o grupo pois, depois de passado um tempo relativamente longo, certamente as pessoas assumem outros compromissos, desmobilizam-se e, além disso, estávamos nos preparando para a IIIª Conferência Municipal de Saúde que ocorreria nos primeiros dias do mês de dezembro e que seria precedida por cinco pré-conferências. Tanto a Conferência como as pré-conferências exigiram do CMS e da Secretaria da Saúde uma intensa mobilização, envolvendo os dois órgãos num trabalho conjunto. Mas, mesmo assim, para minha satisfação, dez conselheiros(as) atenderam ao meu convite.

Para esse encontro, como seria o último que fazia parte do estudo, preparei um pequeno coctail, com salgadinhos e refrigerante. Ao chegarem, alguns conselheiros(as) se surpreenderam e elogiaram a mudança.

Iniciamos o encontro apresentando o tema proposto, que foi solicitado pelos próprios conselheiros: Gestão Plena do Sistema Municipal abordado por uma convidada e também conselheira do CMS.

Na introdução, coloquei que a nossa convidada era, ao nível do município, a pessoa mais indicada para fazer essa abordagem, uma vez que seu trabalho está diretamente ligado à orientação e supervisão dos municípios da região, nessa área.

Expliquei também aos conselheiros(as) que, muitas vezes, a terminologia utilizada era técnica, podendo ser de difícil compreensão, mas que, se não entendessem, deveriam interromper, até que o assunto ficasse claro para todos.

A convidada iniciou suas colocações explicando que sua experiência em orientação à municípios nessa forma de gestão é limitada, uma vez que apenas três municípios da região estão iniciando sua adaptação a essa modalidade de gestão na área de abrangência de sua atividade profissional.

Inicialmente a convidada explanou sobre a forma de municipalização Plena da Gestão Municipal, suas atribuições e as responsabilidades do município.

Através de transparências, a convidada foi explanando sobre as responsabilidades do município ao assumir essa forma de gestão, as implicações decorrentes dessas responsabilidades, os recursos humanos e físicos necessários para assumi-las e, assim, sucessivamente.

A explicação foi bem detalhada e em linguagem simplificada o que facilitou o entendimento dos(as) conselheiros(as). Porém, a medida que termos técnicos iam sendo utilizados, a palestrante ia interrompendo sua fala e explicando o seu significado. Por vezes, alguns termos passavam despercebidos por ela, então, eu pedia licença e auxiliava nas explicações.

Os(as) participantes fizeram perguntas, como:

C1:” Como fica o gerenciamento das Autorizações para Internação Hospitalar?” (R.P.S.)

C2: “Como se dará o atendimento de pacientes de outros municípios?” (R.P.S.)

C3: “O município tem obrigatoriedade de assumir essa forma de gestão, ou pode continuar como está, no caso de Passo Fundo?” (R.P.S.)

C4: “Com relação aos prestadores privados dos serviços de saúde, eles são obrigados a assumir essa forma de municipalização ou podem se recusar a atender?” (R.P.S.)

Outra questão que chamou a atenção dos conselheiros(as) foi a dos recursos humanos, principalmente com relação a esses recursos serem terceirizados, como é o caso do município de Passo Fundo e as implicações, principalmente relacionadas à falta de vínculo que a terceirização permite, impedindo a continuidade do trabalho devido a alta rotatividade desses recursos humanos. Sobre esse assunto, alguns conselheiros, demonstrando um claro entendimento sobre o que havia sido exposto, sugeriram alternativas.

(...) eu acho que a saída é a gente, através do conselho, tentar implantar uma qualidade total, entre aspas, no que existe e, ir dando passos a frente, como por exemplo, pressionando pelo concurso, treinar os recursos humanos. (R.P.S.)

Foi importante a constatação de que, além de sugestões, os conselheiros(as) sentiam-se seguros em discutir as soluções propostas como no depoimento da conselheira:

(...) mas com a terceirização isso é impossível, não existe um comprometimento dos profissionais, no momento em que eles conseguem um emprego melhor, ou que o gestor resolve que não quer mais o serviço desse funcionário, ele sai da rede sem nenhum direito nem dever de repassar para outro o que ele estava fazendo. (R.P.S.)

Foi salientado, pela nossa convidada, o papel do conselho nessa forma de gestão, as várias responsabilidades que o conselho também deverá assumir e, para tanto deverá ter conhecimento para assumi-las, além da coerência que o CMS deve ter no momento de avaliar as responsabilidades que deverão ser assumidas:

(...) em primeiro lugar é preciso saber porque se quer essa forma de gestão, porque se for para melhorar a qualidade dos serviços de saúde, nós podemos melhorar muita coisa na forma com estamos habilitados.

A posição da convidada foi reforçada por uma das conselheiras:

(...) eu também acho, a gente precisa estar bem estruturado para assumir toda essa responsabilidade.(R.U.)

Falando sobre controle e avaliação na gestão plena do sistema municipal, foi salientado como deve acontecer esse trabalho, quais os profissionais que devem desempenhá-lo, a vinculação e o salário desses profissionais.

Outro ponto salientado foi a participação do CMS na aprovação da mudança de gestão, e que para isso, é imprescindível que o Conselho tenha conhecimento para saber o que está aprovando.

Os(as) conselheiros(as) também se interessaram e fizeram intervenções quando a palestrante falou sobre a comprovação da aplicação de 10% dos recursos próprios do orçamento municipal em saúde, para assumir essa forma de gestão. Sobre esse assunto, os(as) conselheiros(as) perguntaram como a Coordenadoria Regional de Saúde poderia intervir se os municípios não estivessem investindo esses recursos. A palestrante explicou, então que a Coordenadoria atua como órgão fiscalizador e chama os municípios para explicarem esse fato.

Mais um ponto que chamou a atenção dos(as) conselheiros(as), foi com relação a autorização e revisão dos procedimentos que devem ser assumidos, quando uma conselheira perguntou como era esse procedimento. A palestrante explicou de maneira simples, exemplificando com as internações hospitalares, que passam por uma autorização e, depois, por uma revisão da conta, feita por um profissional médico que deve ter vinculação com o município.

Diante do exposto, os(as) conselheiros(as) passaram a tirar suas conclusões. Entre elas, a principal foi a de que se o município realmente desejasse avançar na gestão de municipalização, necessitaria, na visão dos(as) conselheiros(as), organizar os serviços já existentes, incluindo estrutura física, forma de contratação e treinamento/sensibilização de recursos humanos que prestam serviços na rede pública para uma mudança no modelo de atenção à saúde.

Finalizando, a palestrante salientou que, assumindo essa forma de gestão, o município receberá muito mais recursos financeiros, porém, também as responsabilidades aumentam, necessitando para isso de um planejamento sério e comprometido, com a participação do CMS.

Depois dessa discussão que pareceu satisfazer, ao menos no nível teórico, as curiosidades dos conselheiros(as), passamos a falar sobre conferências de saúde, como preparação para a IIIª Conferência Municipal de Saúde que estava próxima de acontecer.

Distribuí um texto referente ao assunto que destacava os objetivos da mesma e o respaldo legal que ampara a realização desse importante evento que consolida a participação social no Sistema Único de Saúde. Nos depoimentos abaixo, podemos observar que os conselheiros(as), demonstraram estar conscientes do seu papel diante de um evento tão importante como a Conferência de Saúde:

(...) eu já distribuí mais de duzentos cartazes e folhetos sobre isso e, quando eu distribuo, eu explico prás pessoas o que é, e a importância disso.(R.U.)

(...) na minha vila todos os bares e lugares que podia eu já distribuí.(R.U.)

Discutimos mais alguns aspectos referentes a conferência e passamos para o encerramento que eu havia preparado com uma mensagem para o grupo.

Porém, antes disso, fazendo uma avaliação da participação dos vários segmentos que compõe o CMS nos encontros, uma conselheira fez um depoimento importante:

(...) eu queria dizer que esse trabalho validou uma percepção que eu tinha, que até a gente já tinha comentado, eu acho que os prestadores privados estão subestimando os usuários, o fortalecimento dos usuários está cada vez mais se confirmando, eles não estão avaliando que o caminho está sendo de uma via única, porque até chegarem os momentos de disputa eles acham que sabem tudo. (R.P.S.)

Na fala desta conselheira podemos perceber que os próprios participantes do círculo de cultura tomam consciência de sua posição de igualdade perante os outros segmentos. Esse depoimento tomou uma dimensão de maior importância ainda, porque foi pronunciado por um representante dos prestadores de serviços privados.

Encerrado o assunto, expliquei então, aos conselheiros(as), que iria ler a mensagem pois, para mim, esse momento era revestido de uma grande emoção. Então, distribuí as mensagens, como forma de selar esse momento que não considerava uma despedida, mas um agradecimento.

Após a minha leitura, os conselheiros(as), espontaneamente se manifestaram:

C1: “Nós é que temos que agradecer a Rejane, por essa oportunidade de aprender mais.” (R.U.)

C2: “A gente aprendeu bastante porque ela dá muito mais liberdade prá gente conversar, perguntar, participar.” (R.U.)

Quando terminei a leitura da citação de Paulo Freire contida na mensagem, uma conselheira falou:

C 3: (...) você não terminou essa caminhada, você está recomeçando para ir mais adiante, por que você não vai terminar esse trabalho, você vai aumentar seus conhecimentos, você vai crescer, ir mais adiante. E que Deus te abençoe nessa caminhada e que você tenha muita luz, você é uma pessoa iluminada. (R.U.)

Expliquei que o desenho no fundo da página da mensagem que havia entregue aos(as) participantes significava uma porta entreaberta para o conhecimento cada vez maior, para o desenvolvimento de nossas potencialidades enquanto homens e mulheres que acreditam em seu trabalho. Quando terminei a leitura todos aplaudiram, essa atitude me emocionou ainda mais.

Os demais conselheiros(as) também tiveram necessidade de se manifestar:

C4: Gostei muito de ter participado. (R.U.)

Um dos conselheiros fez uma observação sobre a participação mais efetiva das mulheres nos encontros colocando:

C5: (...) os homens não estão com nada, as mulheres estiveram muito mais presentes, elas tem mais força. Quero também agradecer, porque foi importante as coisas que você trouxe prá nós. (R.U.)

C6: (...) quero te parabenizar por esse trabalho, a questão do controle social, dos conselhos, porque eu acho que é a partir dos conselhos que nós vamos conseguir avaliar o que está acontecendo, em matéria de saúde no nosso país, no nosso estado e no nosso município.”(R.P.S.)

Outra conselheira, demonstrando o avanço conquistado através da participação, o que lhe conferiu experiência e segurança no assunto complementou:

C7: (...) eu queria contar prá vocês sobre a força que eu adquiri participando. No começo quando eu ia no médico, me dava uma dor na espinha só de pensar em entrar no consultório e conversar com ele. Hoje não, hoje eu sei que ele é só mais um profissional e que ele está ali prá fazer o seu trabalho, assim com eu faço o meu. Isso aconteceu através do trabalho, da caminhada. Então é muito importante que aconteçam esses encontros, porque a gente vai se conscientizar e se prepara para participar. Cada encontro é um pouco mais que se aprende. Eu também aprendi a ter coragem de falar, de enfrentar as pessoas, de dizer aquilo que eu penso e que acho que está certo. (R.U.)

Através deste importante depoimento é possível reforçar que a conscientização se faz, principalmente, através da própria participação, da aprendizagem adquirida pela experiência.

Um último participante, ainda fez questão de se pronunciar:

C 8: Eu gostaria também de dizer que a gente fica um pouco triste porque outras pessoas não puderam aproveitar essa oportunidade, que realmente foi uma oportunidade impar e, por outro lado eu também acho que cada um tem a sua hora. E assim como você conseguiu atender as expectativas de cada um de nós, a gente sai daqui muito mais rico, com muito mais perspectiva de desenvolver um bom trabalho. (R.P.S.)

Depois de todas essas manifestações que trouxeram-me a confirmação da satisfação que eu havia sentido desde o início desse trabalho, salientei

ainda, aos conselheiros(as) que estaria à sua disposição sempre que necessário e os incentivei a continuar procurando a melhor forma de realizarem seu trabalho.

Logo depois nos despedimos.

Esse encontro foi o mais longo de todos, encerrou-se às 22:00 e, mesmo assim, não percebi sinais de cansaço nos conselheiros(as).

5. SÍNTESE

Este estudo foi construído com base em experiências vivenciadas no ambiente de trabalho e nas inquietações provocadas por esta vivência junto ao Conselho Municipal de Saúde de Passo Fundo.

Pode-se observar, pelo histórico inscrito em nosso país, que a proposta de participação nas políticas públicas de saúde representou a formalização da crítica ao sistema dominante de progressiva exclusão social e subalternização do acesso a bens e serviços, representando o caminho possível para a transformação política das práticas sanitárias.

O movimento da Reforma Sanitária, um dos principais atores do processo de democratização do país (1988), cuja estratégia foi a ampliação da consciência sanitária e a inserção da sociedade no processo de decisão, tornou viável a participação social na área da saúde.

Desde então, os esforços tem se voltado a implementar o SUS através de uma visível ampliação nos espaços de participação, nos quais este princípio democrático tem sido experimentado intensamente, de forma diversificada e criativa.

Desta forma a participação, como refere JACOBI (1999, p. 38),

(...) se torna um meio fundamental de institucionalizar relações mais diretas, flexíveis e transparentes que reconheçam os direitos dos cidadãos; assim como reforçar laços de solidariedade num contexto de pressão social e polarização política na direção de uma cidadania ativa que disponha dos instrumentos para o questionamento permanente da ordem estabelecida.

Porém, importante se faz a observação de que, para a disputa de espaços e projetos, é fundamental a emergência de atores sociais competentes, críticos e politicamente comprometidos. Esse compromisso, para FREIRE (1979, p. 17) implica em reflexão e ação, como ele mesmo diz: "*(...) a primeira condição para que um ser possa assumir um ato comprometido está em ser capaz de agir e refletir (...)*", sem a reflexão e sem a ação "*(...) seu estar no mundo se reduz a um não poder transpor os limites que lhe são impostos pelo próprio mundo (...)*". (ibidem p. 16).

Assim, torna-se imprescindível a preparação da sociedade para o exercício da participação social, como forma de potencializar os mecanismos institucionais que reconheçam os direitos efetivamente exercíveis e estimulem estratégias de envolvimento e co-responsabilização.

Analisando a implementação da proposta de instrumentalização do CMS, é importante registrar, em relação à presença dos conselheiros nos encontros, o número sempre superior dos representantes dos usuários dos serviços de saúde. Esse fato foi extremamente positivo e, ao mesmo tempo, estimulante, na medida em que as discussões aconteceram em ambiente descontraído, propiciando a interação entre os participantes.

Por outro lado, a presença em menor número ou ausência das outras categorias que compõe o CMS se constituiu em fato negativo, uma vez que, certamente, as discussões poderiam ter sido mais ricas no sentido de que os distintos interesses poderiam ter se confrontado e, certamente, se complementado. Ainda, outro fato negativo relativo à ausência das demais categorias, diz respeito à possível mudança que poderia ter ocorrido nas mesmas quanto à convivência com os usuários dos serviços, o que certamente, teria levado a um maior entendimento sobre participação social e

sua importância para a consolidação do SUS, bem como à desmistificação a respeito do saber popular.

Quanto à praxis dos conselheiros em termos de participação no conselho, durante os encontros do círculo de cultura, foi possível constatar:

- a) Em relação ao papel do conselheiro no processo da reforma sanitária: os participantes fizeram referência quanto à importância de participar para publicizar o conselho; para obter mais conhecimentos; para garantir avanços; e ainda, para reforçar a identidade dos diversos segmentos.
- b) Em relação a função dos conselheiros de saúde: foram salientadas referências quanto ao descumprimento das decisões dos conselheiros levando à conclusão de que não existe deliberação de fato; quanto à dificuldade no cumprimento da função de conselheiro sem a existência de um preparo prévio; quanto à constatação de que o saber gera poder, talvez, por esse motivo, existam tantas dificuldades na circulação de informações dentro do conselho; e, ainda, quanto à possibilidade de que o conselho é uma garantia de redistribuição do poder.
- c) Quanto aos direitos e o SUS: as principais queixas foram as cobranças indevidas praticadas tanto por instituições contratadas pelo SUS, quanto por profissionais médicos que atuam nestas instituições.
- d) Em relação ao financiamento do SUS: os conselheiros demonstraram muitas dúvidas sobre o seu funcionamento, levando, na maioria das vezes à importantes dificuldades para exercer a função de fiscalização; houve um despertar para o fato de que as deliberações do conselho tiram parte do poder dos gestores e, por outro lado, de que os gestores devem representar os interesses de quem os escolheu através do voto; os conselheiros demonstraram, também, uma maior conscientização a respeito do poder do conselho e da responsabilidade que esse poder representa na condução das políticas de saúde.

Levando em consideração que a metodologia proposta era de discutir com os participantes assuntos de seu interesse, nem sempre conseguimos abordar os temas propostos nos textos em sua integralidade, mesmo porque

esta não era a intenção. Os textos fornecidos serviram apenas de base para direcionar os assuntos apontados pelos conselheiros no instrumento diagnóstico, cabendo ao animador, durante os encontros do círculo de cultura, a função de estimular, orientar e facilitar o processo de discussão dos temas sugeridos.

As discussões, muitas vezes, voltavam-se para a abordagem da vivência cotidiana dos conselheiros, quando então, procurávamos valorizar suas experiências relacionando-as com os temas principais, procurando incentivar a reflexão do grupo que chegava às suas próprias conclusões. Desta forma, a troca de experiências serviu de estímulo para as propostas de mudança e de transformação da realidade, levando ao reconhecimento da necessidade e do desvelamento da possibilidade concreta de transformação da mesma.

Positiva foi a constatação de que houve um despertar dos conselheiros para a importância da instrumentalização/capacitação para essa função e, principalmente, para esse grupo, houve um incentivo para a utilização de suas potencialidades, valorizando o conhecimento pré-existente que, embora podendo ser ingênuo e sincrético, não implicou em conformação, mas sim, em incentivo a sua ultrapassagem, via superação crítica. Esse fato pode ser comprovado pelo interesse demonstrado durante as discussões e, também, pela poucas faltas observadas nos encontros do círculo de cultura.

A proposta de instrumentalização dos conselheiros, utilizando a metodologia problematizadora de Paulo Freire, mostrou-se pertinente e eficaz neste tipo de trabalho, por provocar o estímulo à uma aproximação com a realidade concreta. Ao mesmo tempo, revitalizou nossas crenças nas possibilidades de implementação do SUS a partir da participação da sociedade civil na gestão das políticas públicas de saúde.

VASCONCELOS, (1999, p. 225) utilizando o método de Paulo Freire em sua tese de doutorado, na qual aborda o Programa de Saúde da Família, salienta que esta metodologia, cuja ênfase se dá no diálogo com as classes populares, "(...) parte da percepção da insuficiência dos diversos saberes

constituídos e do reconhecimento da capacidade de conhecer e buscar soluções existentes em todas as pessoas, mesmo as mais oprimidas.”

Embora não tenha sido o tema central desse estudo, fundamental torna-se a observação da importância do envolvimento e sensibilização dos profissionais de saúde, desde os gestores até os que trabalham na ponta do sistema, na sua própria educação e na educação da população sobre as políticas de saúde, o controle social e os direitos do cidadão.

Entretanto, sabe-se que o próprio processo formador dos profissionais hoje inseridos nos serviços de saúde, não tem esse perfil. Portanto, para a transformação dessa realidade, além de transformações na formação, é necessário que os serviços de saúde promovam, entre seus trabalhadores, a capacitação necessária dirigida para essa finalidade, como nos diz L'ABBATTE (1997, p 289), que permita

“(...) constituir sujeitos mais autônomos e críticos, trabalhar a partir de necessidades e expectativas dos profissionais, em suas relações com o usuário e com a instituição, alimentar posturas éticas que levem em conta os princípios da cidadania, da justiça e do bem comum (...)”

Por outro lado, para a concretude dessa proposta, pensamos que a utilização do itinerário de pesquisa de Paulo Freire, enquanto metodologia comprometida com a formação crítico-reflexiva e fundamentada na compreensão das relações entre poder e conhecimento, pode também ser utilizada por educadores das mais diversas áreas, como em cursos de graduação e pós-graduação, ou em instituições de saúde, com o objetivo de formar/capacitar profissionais preparados para desnudar as relações de poder e desigualdade estabelecidas. Esta seria uma das possibilidades de alcançarmos mudanças sociais, uma vez que, ao estabelecer relações com diversas culturas, esses profissionais terão a oportunidade de reproduzir o conhecimento emancipatório superando, assim, as condições de dominação, opressão e irracionalidade vigentes em nossa sociedade.

A convivência com os conselheiros, portadores de distintos interesses, perspectivas, realidades e sonhos que este estudo proporcionou, veio reforçar

também as concepções de Paulo Freire, utilizadas na metodologia do trabalho, no sentido de que o saber popular, aliado ao conhecimento científico é, sem dúvida, a melhor forma de aproximar o ideal do real.

A experiência nos mostra que, somente o conhecimento científico, sem a devida valorização do saber popular, transmitido de forma verticalizada e sem levar em conta os interesses da população numa área de tamanha importância como a da saúde, não atingirá seu principal objetivo, qual seja, melhorar as condições de saúde de nossa população e, conseqüentemente, sua qualidade de vida. A modificação dessa realidade só se dará a medida que os trabalhadores em saúde comprometam-se técnica e solidariamente com a democratização do conhecimento em saúde, o que vale dizer, com a educação em saúde.

MENDONÇA (1982, p. 11) salienta que, para a permanência de políticas de saúde efetivas, *“o maior desafio é criar, em conjunto com a população, canais e métodos pelos quais ela possa se apropriar de conhecimentos e práticas importantes para sua autonomia e seu desenvolvimento”*.

Assim, pensamos que o saber desenvolvido pela população, mesmo que lhe falte uma sistematização, não pode ser confundido com ignorância e destituído de validade. Pelo contrário, a partir do apoio do saber técnico, o saber popular é o ponto de partida para a transformação da própria realidade de saúde da comunidade.

Com relação a participação do profissional enfermeiro neste processo, nos respaldamos nas concepções de SAUPE, (1992, p. 2) quando a autora coloca que o enfermeiro, cidadão, profissional que faz parte da equipe de saúde, deve estar preparado *“(...) não só para o exercício de uma prática competente voltada para a resolubilidade, acessibilidade e confiabilidade do sistema de saúde brasileiro, mas também para exercer a crítica das políticas nacionais de saúde”*, levando em consideração também que, enquanto profissional, não pode omitir-se da abordagem das questões educativas que compõe seu papel enquanto educador formal (atualização para ação-reflexão

profissional) e não formal (diálogo de saúde como os usuários dos serviços). SAUPE (1998, p. 246).

Em nossa concepção profissional, não há mais espaço, numa sociedade competitiva, dividida e tão diferenciada quanto a nossa, para o enfermeiro alienado ao processo de construção do Sistema Único de Saúde pois, os reflexos desta construção, certamente tem influência sobre todas as áreas.

A avaliação da aprendizagem profissional neste estudo pode ser considerada extremamente positiva. Não tivemos a intenção de trabalhar com os conselheiros os conceitos que Paulo Freire utilizou em sua obra, os quais encontram-se descritos na metodologia deste estudo, porém eles permearam a proposta de interação com os participantes em todos os momentos. Na verdade, enquanto trabalhávamos com os participantes, esses conceitos nos ensinavam e comprovavam que os passos dessa metodologia realmente podem ser utilizados em vários processos de aprendizagem, principalmente os que visam fortalecer a consciência crítica, como foi o objetivo desta proposta.

A aprendizagem adquirida já demonstra seus efeitos em nossa prática docente, junto ao curso de Enfermagem, quando, gradativamente, estamos observando mudanças em nossa postura frente ao aluno, valorizando o seu saber, discutindo o nosso saber, refletindo sobre nosso papel enquanto educador e incentivando, nos alunos, uma postura crítica, participativa e mais integrativa em sala de aula. Sobre a prática educativa, concordamos com DEMO (1996, p 41), quando o autor afirma que *"(...) participação é a alma da educação, compreendida como processo de desdobramento criativo do sujeito social. Porque educar de verdade é motivar o novo mestre, não repetir discípulos."*

Embora essa proposta de instrumentalização tenha se mostrado positiva e oportuna, estamos conscientes de que, por si só, a existência de conselheiros capacitados não é suficiente para o exercício do controle social. É necessário, também, que haja uma interlocução verdadeiramente democrática entre os diversos atores representantes da sociedade civil no conselho (governo, representantes dos serviços privados, profissionais de saúde e

usuários) no sentido de traduzir as conquistas da população, em termos de políticas e de recursos públicos, em realidade, pois, na verdade, o que observamos hoje é a interlocução entre Estado e prestadores de serviços privados. Para tanto, faz-se necessário não só a capacitação dos usuários dos serviços de saúde para esta prática como também dos representantes do Estado e dos demais segmentos representativos, de forma a estabelecer relações pautadas principalmente na ética e no respeito pelo ser humano.

Embora se reconheça que a instrumentalização para o exercício do controle social não se aprende em "cursos", mas sim no exercício participativo, o curto espaço de tempo para o desenvolvimento do estudo foi um fato negativo. Os assuntos são vários, diversificados e abrangentes e, ao mesmo tempo, as carências são muitas.

Para a implementação desse tipo de proposta de forma mais abrangente, envolvendo todos os conselheiros, faz-se necessário o apoio institucional, não só de recursos orçamentários como, também, técnicos e de parceria com outras instituições governamentais e não governamentais, além de instituições ligadas ao ensino. O apoio de outras instituições como os Conselhos Regional, Estadual e mesmo Nacional de Saúde também seriam necessários, principalmente através de troca de informações e promoção frequente de eventos com essa finalidade.

Por outro lado, as próprias instituições que fazem parte do CMS, ao nosso ver, promovem um apoio ainda incipiente aos seus representantes, principalmente no que se refere a disponibilização de horários, ao preparo para exercer a função e, mesmo, com relação a cobrança do retorno das decisões. O que se observa é que muitas destas instituições preocupam-se muito em garantir um assento no CMS porém, raramente participam com seus representantes em ocasiões importantes como, por exemplo, na Conferência Municipal de Saúde ou em datas de votações importantes do colegiado.

Pensamos, ainda, que esse exercício deve ser praticado também pelos próprios conselheiros, à medida em que discutam previamente e, depois, transmitam às suas instituições, as principais decisões tomadas no CMS. Essa

seria uma possibilidade de incentivar a participação, a responsabilização e a preparação das mesmas para o controle social.

Finalmente, concordamos com CARVALHO, A. I. (1995, p. 109) que, ao concluir seu estudo sobre os Conselhos de Saúde no Brasil, reforça a idéia de que *“o poder legal certamente não é bastante para prover o poder real”*. O autor verificou que as competências legais, na grande maioria dos conselhos analisados, são *“parcialmente exercidas e não correspondem a um poder de ação”*. Essa observação se faz sentir também no estudo que acabamos de concluir, quando através das falas dos conselheiros, por diversas vezes, constatamos suas queixas nesse sentido.

Assim como a implementação dos princípios e diretrizes do SUS, o processo educativo participativo numa visão libertadora como a de Paulo Freire, não se consolida instantaneamente, precisa ser construído, aprendido e incorporado à nossa prática pois, somente inscritos em sua práxis, os seres humanos poderão realmente se libertar.

A avaliação dos resultados dessa proposta de instrumentalização de conselheiros de saúde para o exercício do controle social não se faz agora, mesmo porque ela não está acabada, apenas, acreditamos, abriu caminho para que outros passos importantes sejam dados.

O alcance dos objetivos dessa proposta, igualmente, não serão mensurados nesse momento, uma vez que seus resultados só poderão ser observados mediante as atitudes dos conselheiros diante dos desafios que se apresentarem no decorrer dessa gestão. Porém, certamente, já se observa seus reflexos positivos, quando por diversas vezes os participantes demonstraram ter apreendido, além de conteúdos teóricos para sua prática, a essência do processo educativo libertador de Paulo Freire, cuja base se encontra na conscientização.

Para FREIRE (1979, p.39) a consciência *“(...) é temporalizada. O homem é consciente e, na medida em que conhece, tende a se comprometer com a própria realidade.”*

No entendimento adquirido através da prática vivenciada, tivemos a oportunidade de observar que a cidadania se exerce no momento em que se promove a conscientização. No entanto, para que haja conscientização, é necessário ter acesso à informação, em outras palavras, a cidadania está estreitamente ligada à conscientização, entendida como processo de luta contra as desigualdades socialmente reproduzidas, cuja superação se dá, também, através da educação.

Através da implementação desta proposta, esperamos ter contribuído para que o processo participativo em nossa sociedade torne-se mais efetivo e mais crítico, possibilitando assim a melhoria da qualidade de vida da população.

Acreditamos que a principal contribuição desse trabalho, tanto para o pesquisador quanto para os participantes, tenha sido o processo de mudança pelo qual iniciamos nossa passagem, provocado pela desmistificação de nossas realidades distorcidas, através da percepção crítica da verdadeira dimensão onde estamos imersos.

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. ANDREOLA, B. A. *O processo do conhecimento em Paulo Freire*. Revista Educação e Realidade. Porto Alegre: Pannonica Editora, V. 18, Nº 1, Jan/Jun 1993.
2. BEISIEGEL, C. de R., *Política e Educação Popular: a teoria e a prática de Paulo Freire no Brasil*, São Paulo: Ática, 1982.
3. BERTOLOZZI, M. R. e GRECO, R. M. *As políticas de saúde no Brasil: reconstrução histórica e perspectivas atuais*. Revista da Escola de Enfermagem da USP. v. 30. n. 3. p. 380-98, dez., 1996.
4. CAMPOS, G. W de S., *Reforma da Reforma – Repensando a Saúde*. São Paulo: HUCITEC, 1997.
5. CARVALHO, A. I. *Conselhos de Saúde no Brasil: participação cidadã e controle social*. Rio de Janeiro: FASE/IBAM, 1995.
6. CARVALHO, G. C. M, *O Momento Atual do SUS... A Ousadia de Cumprir e Fazer Cumprir a Lei*. In: Saúde e Sociedade v. 2, n.º 1, Faculdade de Saúde Pública da USP – Associação Paulista de Saúde Pública, São Paulo, 1993.
7. CARVALHO, V. A. *Enfermagem de Saúde Pública como Prática Social*. Revista de Enfermagem da Escola Anna Nery. Rio de Janeiro: ano 1, n. de lançamento, jul. 1997, p. 25-41.
8. CHIORO, A. & SCAFF, A. *A Implantação do Sistema Único de Saúde*. s.d., s. ed. <http://www.consaude.com.br/sus.htm>
9. DEMO, P. *Participação é Conquista*. São Paulo: Cortez, 1996 a.
10. DEMO, P. *Política Social, Educação e Cidadania*. São Paulo: Papyrus, 1996 b.
11. ESCOREL, S. *Saúde: Uma Questão Nacional*. In: TEIXEIRA, S. F. (org.), *Reforma Sanitária: Em busca de uma teoria*. 2 ed. São Paulo: Cortez, 1995.
12. FARIA, W. de. *Teorias de Ensino e Planejamento Pedagógico*. São Paulo: EPU, 1987.
13. FAUNDEZ, A. *O Poder da Participação*. São Paulo: Cortez, 1993.
14. FIORI, E. M. *Aprender a dizer a sua Palavra*. In: FREIRE, P. *Pedagogia do Oprimido*. 17ª ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1987.

15. FLEURY, S. (org). *Saúde e Democracia – a luta do CEBES*. São Paulo: Lemos Editorial, 1997.
16. FREIRE, P. *Educação e Mudança*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1979.
17. _____. *Educação com Prática da Liberdade*. 12ª ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1981.
18. _____ e SHOR, I. *Medo e Ousadia: O Cotidiano do Professor*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1986.
19. _____. *Pedagogia do Oprimido*. 17ª ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1987.
20. _____. *Pedagogia da Autonomia: Saberes Necessários à Prática Educativa*. São Paulo: Paz e Terra, 1996.
21. _____. *Pedagogia da Esperança: Um Reencontro com a Pedagogia do Oprimido*. São Paulo: Paz e Terra, 1997.
22. FREIRE, M. *O que é um Grupo?*. In: GROSSI, E. P. e BORDIN, J. (org), *Paixão de Aprender*. 2 ed. Petrópolis, RJ : Vozes, 1993.
23. GADOTTI, M. *Educação e Compromisso*. Campinas: Papyrus, 1985.
24. GALLO, E.; NASCIMENTO, P. C. , *Hegemonia, Bloco Histórico e Movimento Sanitário*. In: TEIXEIRA, S. F.(org.), *Reforma Sanitária: em busca de uma teoria*. 2 ed. São Paulo: Cortez, 1995.
25. GERHARDT, H. P. *Uma Voz Européia: arqueologia de um pensamento*, In: GADOTTI, M.(org). *Paulo Freire: uma bibliografia*, São Paulo: Cortez: Instituto Paulo Freire; Brasília, DF: UNESCO, 1996.
26. GIACOMINI, C. H., *A Sociedade Civil e a Garantia do Processo de Reforma Sanitária*. In: Cadernos da Nona - Descentralizando e Democratizando o Conhecimento, Vol. 1, s. ed., Brasília, 1992.
27. GIROUX, H. A. *Um Livro para os que cruzam fronteiras*. In: GADOTTI, M.(org). *Paulo Freire: uma bibliografia*, São Paulo: Cortez: Instituto Paulo Freire, Brasília, DF: UNESCO, 1996.
28. JACOBI, P. *Descentralização Municipal e Participação dos Cidadãos: apontamentos para o debate*. In: Cadernos da Nona - Descentralizando e Democratizando o Conhecimento, Vol. 1, s. ed., Brasília, 1992.
29. _____. *Poder Local, Políticas Sociais e Sustentabilidade*, In: Saúde e Sociedade/Faculdade de Saúde Pública da USP e Associação Paulista de Saúde Pública, v. 8, n.º 1, São Paulo, 1999.

30. L'ABBATE, S. *Comunicação e Educação: uma prática em saúde*. In: MERHY, E. E. e ONOCKO, R. (org.). *Praxis em Salud, un desafio para lo público*. São Paulo: Hucitec, 1997.
31. LIBÂNEO, J. C., *Tendências Pedagógicas na Prática Escolar*, Revista da ANDE, 3(6): 11-19, 1983.
32. MADALOSSO, A. R. M. et al. *A Saúde da População Brasileira e a Enfermagem - as políticas de saúde nas décadas de 80 e 90*. Passo Fundo/RS, 1999. (mimeo).
33. MENDES, E. V. et al. *Distrito Sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde*. São Paulo: Hucitec-Abrasco, 1995.
34. MENDES, E. V. *Uma Agenda para a Saúde*. São Paulo: HUCITEC, 1996.
35. MENDONÇA, G. F. *Ação educativa nos serviços de saúde*. In: *Ação Participativa: metodologia/encontro de experiências de educação e saúde da Região Nordeste*. Anais. Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1987.
36. BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Incentivo à Participação Popular e ao Controle Social no SUS: textos básicos para conselheiros de saúde*. Brasília: IEC, 1994.
37. BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Projeto de Promoção da Saúde*. Ano 1, n.º 1, agosto/outubro, Brasília: Gorovitz/Maass Arquitetos Associados, 1999.
38. MIZUKAMI, M.G.N., *Ensino: as abordagens do processo*. São Paulo: EPU, 1986.
39. NETO, J. S. M. *Políticas de Saúde no Brasil: a descentralização e seus atores*. In: *Cadernos da Nona - Descentralizando e Democratizando o Conhecimento*, Vol. 1, s. ed., Brasília, 1992.
40. PESSINI, L. & BARCHIFONTAINE, C. P. *Problemas atuais de bioética*. 4ª ed. São Paulo: Edições Loyola, 1997.
41. PINTO, A. V. *Sete lições sobre educação de adultos*. São Paulo: Cortez, 1997.
42. SAUPE, R. (org.), *Educação em enfermagem: da realidade construída à possibilidade de construção*. Florianópolis: Editora da UFSC, 1998.
43. _____. *Formação do enfermeiro cidadão crítico – entendimento dos docentes de enfermagem*. In: *Revista Texto e Contexto – Enfermagem*, Florianópolis, 1992.

44. RIO GRANDE DO SUL, SECRETARIA ESTADUAL DA SAÚDE E DO MEIO AMBIENTE. *Relatório Final da 2ª Conferência Estadual da Saúde do Rio Grande do Sul*, Porto Alegre, 1996,(mimeo).
45. STOTZ, E. N. *Baixos salários, pouca saúde – Os males do Brasil são (Uma análise das políticas sociais na área da saúde)* In: MINAYO, M. C. S. (org). *A Saúde em Estado de Choque*. Rio de Janeiro. Espaço e Tempo,1986.
46. TEIXEIRA, S. F. e MENDONÇA, M. H. *Reformas Sanitárias na Itália e no Brasil: Comparações*. In: TEIXEIRA, S. F.(org.), *Reforma Sanitária: em busca de uma teoria*. 2 ed. São Paulo: Cortez, 1995.
47. TRENTINI, M. e PAIM, L., *Pesquisa em Enfermagem: uma modalidade convergente-assistencial*. Florianópolis: Ed. da UFSC, 1999.
48. TESTA, M. *Pensar em saúde*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992.
49. VASCONCELOS, E. M. *Educação popular e saúde e o SUS: encantos, desencantos e resistência*. In: *Anais/ encontro catarinense de educação popular e saúde. Educação popular e saúde, relatos de um encontro em Santa Catarina*. Florianópolis: Nepeps/Mover, 1998.
50. _____. *Educação popular e a atenção à saúde da família*. São Paulo: HUCITEC, 1999.
51. WANDERLEY, L. E. W, *Formas de controle social: alcance e limites*. In: *saúde e revisão constitucional: controle social e formas organizacionais do SUS*. Organização Panamericana da Saúde: Brasília,1993.

**ANEXO 1
NOTA PRÉVIA**

**CONSTRUINDO E ANALISANDO UMA PROPOSTA DE INSTRUMENTALIZAÇÃO
DE CONSELHEIROS DE SAÚDE PARA O EXERCÍCIO DO CONTROLE SOCIAL.**

*Rejane Roesler Mocinho

**Rosita Saupe

A participação verdadeira pressupõe a descentralização do poder possibilitando a construção de novos sujeitos políticos. Consiste em um processo pedagógico contínuo que permita aos cidadãos edificar as bases de uma sociedade efetivamente democrática.

Assegurada no Brasil pela Constituição de 1988, a participação popular está diretamente vinculada aos processos de democratização política e às dinâmicas de gestão descentralizada.

Apesar disto, o que se observa, a despeito do cumprimento da legislação para a constituição dos Conselhos de Saúde, é uma ineficiente representatividade e participação nas decisões das políticas públicas de saúde por parte de grande número de conselheiros

Considerando a importância do Controle Social para que as políticas de saúde tenham caráter igualitário, universal e integral e ainda, considerando que o Conselho Municipal de Saúde de Passo Fundo/RS inicia no momento uma nova gestão, estabeleceu-se como objetivos para este estudo, fortalecer a atuação do Conselho Municipal de Saúde no desempenho do Controle Social das políticas públicas de saúde e promover a participação consciente através da instrumentalização do Conselho como instância deliberativa, visando a superação dos limites de sua atuação.

Utilizando-se o Itinerário de Pesquisa de Paulo Freire, a instrumentalização pretende fornecer subsídios para a atuação do CMS nos próximos dois anos de mandato, visando o fortalecimento de sua capacidade de influência social e possibilitando aos novos conselheiros a representação de um papel relevante no processo de dinamização do setor saúde do município.

* Mestranda, Professora Auxiliar de Ensino do Curso de Enfermagem da UPF.

** Professora Orientadora, Coordenadora do Curso de Mestrado em Assistência de Enfermagem UFSC/UPF.

ANEXO 2

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CURSO DE MESTRADO EM
ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM
MESTRADO INTERINSTITUCIONAL
CAPES/ UFSC/ FAPERGS – UPF**

**PROJETO DE PRÁTICA ASSISTENCIAL
O DES-ENVOLVIMENTO DO CONSELHO
MUNICIPAL DE SAÚDE NA GESTÃO DO SUS:
CONSTRUINDO A PROPOSTA DE
UMA NOVA VISÃO**

Trabalho Apresentado às Disciplinas de
Prática Assistencial de Enfermagem,
Educação e Assistência de Enfermagem
e Aspectos Éticos na Assistência de
Enfermagem do Curso de Mestrado em
Assistência de Enfermagem da
Universidade Federal de Santa Catarina.

REJANE ROESLER MOCINHO - mestranda
PROF. Dr^a ROSITA SAUPE - orientadora

Passo Fundo, agosto de 1999.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	05
A Proposta.....	06
2. FUNDAMENTAÇÃO DA PROPOSTA.....	11
A Trajetória da Conquista da Participação Popular no Sistema Único de Saúde.....	11
A Participação Antes e Depois do SUS.....	16
Sobre os Direitos Conquistados.....	18
3. Metodologia	22
Itinerário da Proposta.....	22
4. ASPECTOS ÉTICOS.....	30
5. CRONOGRAMA.....	31
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	32
7. BIBLIOGRAFIA.....	33

2. INTRODUÇÃO

O tema a ser trabalhado nesta prática assistencial, O Des-Envolvimento do Conselho Municipal de Saúde na Gestão do SUS: Construindo a Proposta de uma Nova Visão, emergiu após vários anos de experiência profissional em Saúde Pública no setor de Planejamento junto à Secretaria Municipal da Saúde e Meio Ambiente de Passo Fundo/RS e também como docente da mesma área no Curso de Enfermagem da Universidade de Passo Fundo.

Tanto no planejamento como na docência, houve um contato estreito com o Conselho Municipal de Saúde, o que provocou algumas inquietações, principalmente no que se refere ao papel do Conselho Municipal de Saúde (CMS), enquanto órgão deliberativo de gestão. A percepção de que nem todos os conselheiros, embora tomados de interesse, estão preparados para deliberar sobre as questões relativas às políticas de saúde do município, a meu ver, contribui para que o processo de implementação do SUS (Sistema Único de Saúde) seja lento e, muitas vezes inoperante, embora reconheça não ser esta a única causa.

Enquanto técnico do órgão gestor que acredita na participação de todos os indivíduos que compõe a sociedade como forma de implementação de políticas de saúde realmente efetivas, esta percepção sempre foi angustiante.

A Proposta

A participação popular, garantida pela Constituição de 1988, é vista como uma das mais importantes conquistas na construção de uma sociedade democrática participativa, que permita sustentar a pertinência do SUS como um processo social de construção da saúde, com poder de influência na gestão e produção de políticas de saúde.

Entretanto, a despeito da garantia legal, a evidência da precária conquista da cidadania pela grande maioria da população brasileira constatada no quadro de saúde que se mostra à nossa frente, leva-nos a refletir sobre o importante papel que podemos desempenhar como profissionais de saúde, no processo de construção da cidadania.

A participação popular, bem como suas formas de conquista tem sido debatida desde a época das primeiras articulações referentes à Reforma Sanitária brasileira e parece imensurável a energia social já dispendida neste processo. No entanto, o que se observa é que ainda há um longo caminho a ser percorrido, pois, segundo GIACOMINI, (1992, p 109) "o dinamismo social estrutura e desestrutura constantemente o que parece já ser passado e o que parecia definitivo", assim a participação precisa ser conquistada e reconquistada constantemente.

Enquanto profissional da saúde que vivencia esta prática e acompanha os movimentos da gestão municipal e do Conselho de Saúde de Passo Fundo, cabe aqui uma pergunta: se existe um arcabouço jurídico legal, se existe um Conselho legalmente constituído cuja função é deliberar sobre as políticas de

saúde e fiscalizar sua implementação, onde está a questão central que torna este processo tão lento?

Dentre tantos pontos a serem considerados, e aqui consideraremos especialmente os relativos ao Conselho Municipal de Saúde, certamente o insuficiente preparo da sociedade civil e neste contexto, mais especificamente dos conselheiros de saúde, torna-se um dos fatores preponderantes nesta análise.

Uma segunda questão, refere-se aos motivos que levam a esta falta de instrumentalização e aí, cabe uma outra pergunta: Como preparar-se para ser conselheiro sem nunca tê-lo sido, sem nunca ter “participado” das decisões acerca de nossa própria vida?

O Brasil viveu vários anos em um regime estritamente autoritário e centralizador que deixou marcas profundas na população. À instalação da Nova República (1985), fundamentada em um pacto democrático articulado entre as elites brasileiras, coube a tarefa de consolidar a transição democrática, principalmente através da reorganização institucional que culminou na promulgação da Constituição de 1988.

Pode-se observar assim, que a democratização das políticas sociais são recentes, datam de uma década atrás. Esse tempo certamente é insuficiente para provocar uma mudança estrutural que pudesse produzir novos sujeitos sociais, portadores de interesses, ideologias e visões de mundo diferentes das disseminadas e praticadas anteriormente.

Há também que se considerar que, apesar de existirem muitas correntes que atribuem ao SUS a situação caótica em que se encontra a saúde brasileira, numa análise realista podemos buscar no descaso com o social produzido pelo modelo econômico implantado no país, o verdadeiro alicerce do atual cenário em que vivemos.

Até recentemente, o planejamento e implementação das políticas sociais eram executados pelo Estado de forma centralizada, ou seja, um só ator aglutinando todas as funções, o que provocou a marginalização da sociedade civil em suas múltiplas expressões e possibilidades de ação através de

vivências sociais. Isso ocorreu não só com as camadas mais simples da população, os demais setores da sociedade como, por exemplo, os próprios órgãos formadores de recursos humanos reproduziram, e ainda reproduzem, esta prática de cultivo ao centralismo, tornando a maior parcela da sociedade brasileira alienada em relação às principais decisões.

Com a Enfermagem não poderia ter sido diferente. O que se percebe é que, a partir da década de 80, a Enfermagem brasileira acompanhou todas estas transformações tendo sido absorvida por elas para depois, criticamente, modificar sua postura, como referem MADALOSSO & cols. (1999, p. 17) :

(...) a Enfermagem percebeu a necessidade de mudanças ousadas e provocativas, e voltou-se para o questionamento de seu próprio trabalho, a desenvolver a criticidade sobre suas ações e seus saberes, a analisar as situações em que se envolve, a enfrentar e romper as barreiras que a realidade lhe impõe e que limitam a sua atuação, e a superar a postura alienada e comodista em relação a realidade de saúde nacional e as políticas pertinentes desenvolvidas.

A luta pela Reforma Sanitária, com todas as suas implicações, ao alcançar a Enfermagem representou, na história da profissão, mais um marco de importantes conquistas pois, desta forma surgiu a possibilidade de lançar-se, mesmo que incipientemente, no sistema e nas políticas de saúde como gestora, executora e, principalmente, crítica.

Da inserção de uma nova prática em Enfermagem surge a necessidade da instrumentalização para a competência técnica e científica e, também , de uma competência política, até então, segundo MADALOSSO e cols. (1999, p. 18) "reprimida ou não estimulada ou direcionada para os aspectos técnicos e a dependência ao trabalho médico."

A organização surge como uma necessidade premente para a participação. Desta forma, os trabalhadores da enfermagem organizam-se em associações de classe e fortalecem seus sindicatos, com o objetivo de reverter as precárias condições de trabalho a que são submetidos e a valorização de suas ações.

A categoria volta-se, então, para a valorização da saúde como bem social, capaz de intervir junto às reais necessidades da sociedade.

Exemplo da atuação cada vez mais participante deste profissional nas decisões das políticas públicas de saúde é o CMS de Passo Fundo, onde hoje temos nada menos que cinco enfermeiros num universo de trinta e dois conselheiros. Na gestão que encerrou-se em maio deste ano, um enfermeiro era coordenador do CMS e outros três eram conselheiros. E assim, também em outros municípios, encontramos enfermeiros desempenhando funções relevantes junto às Secretarias Municipais e Estaduais de Saúde, inclusive como Secretários Municipais e Coordenadores Regionais.

Neste contexto, pensamos que o enfermeiro, embora atuando em outros setores, que não os ligados aos órgãos públicos, não pode omitir-se do compromisso na implementação do Sistema Único de Saúde com todos os seus princípios e diretrizes, uma vez que as políticas públicas influenciam sobremaneira na saúde da população e, conseqüentemente, na sua qualidade de vida.

Na implementação deste processo é preciso que nós, enfermeiros, busquemos a construção de procedimentos diferenciados e de novas posturas referentes ao trabalho em saúde, procedimentos estes, que tenham como base um vínculo efetivo entre usuários e demais trabalhadores do setor, e que busquem a resolutividade orientada para a autonomia dos usuários.

Esta autonomia, certamente, passa pela democratização do saber, pela solidarização do trabalhador e, principalmente, pelo compromisso com o sofrimento do usuário, neste caso e, ainda no presente, representado pela doença.

Penso que, enquanto profissionais social e politicamente comprometidos, que fazem parte da equipe multidisciplinar da área da saúde, cabe também à Enfermagem o compromisso na implementação do SUS e que este compromisso tem uma vinculação estreita com o cuidado.

Considerando a importância do Controle Social para que as políticas de saúde tenham caráter igualitário, universal e integral e ainda, considerando que

o Conselho Municipal de Saúde de Passo Fundo inicia no momento uma nova gestão, estabeleceu-se como objetivo geral para este estudo, fortalecer a atuação do Conselho Municipal de Saúde no desempenho do Controle Social das políticas públicas de saúde e, como objetivo específico, promover a participação consciente através da instrumentalização do Conselho como instância deliberativa, visando a superação dos limites de sua atuação.

2 . FUNDAMENTAÇÃO DA PROPOSTA

Para entender-se como ocorreu a conquista da participação da sociedade nas políticas públicas, especialmente as da saúde, faz-se necessário percorrer brevemente a trajetória do sistema de saúde brasileiro, especialmente as décadas de 70 e 80, quando intensificou-se o movimento pela Reforma Sanitária.

A Trajetória da Conquista da Participação Popular no Sistema Único de Saúde.

É extremamente difícil estabelecer de forma exata o início de um movimento social. É o que ocorre em relação ao Movimento da Reforma Sanitária, que foi protagonizado por diversos personagens de formulações teóricas, de lutas políticas e de práticas sociais positivas, tendo como arena de atuação as políticas de saúde brasileiras.

Suas concepções teóricas datam ainda da década de 60, quando em 1963, a III Conferência Nacional de Saúde já levantava a bandeira da municipalização dos serviços de saúde debatendo, entre outros temas, a influência das políticas econômicas nos riscos de adoecer e morrer e o papel do Estado na formulação e execução das políticas de saúde.

A partir de então, outros atores importantes foram incorporando-se ao processo de forma a permitir o estabelecimento de uma nova proposta para as políticas públicas de saúde.

Na década de 70, iniciou-se um movimento nacional contrário a hegemonia da política de saúde vigente até então que, embora reprimido pela ditadura, conseguiu aos poucos, minar com suas concepções algumas parcelas da população, principalmente os profissionais ligados à saúde.

Para responder às demandas provenientes dos movimentos sociais emergentes, criava-se em 1974 o Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS) que, em última análise, promovia uma separação entre a assistência e as ações de saúde coletiva, isto é, o MPAS teria a função de manter o atendimento médico individualizado e o Ministério da Saúde abrangeria as ações na área de interesse coletivo e de caráter normativo.

Em 1977, criava-se o SINPAS, que dava ênfase ao modelo privatizante mas, ao mesmo tempo, promovia uma pequena abertura de espaços para, mesmo que de forma incipiente, tivessem início as ações de atenção integral na rede pública, incluindo o planejamento e a participação popular na gestão do sistema.

Para o desenvolvimento destas novas idéias, tiveram papel preponderante algumas Universidades através da implantação dos Departamentos de Medicina Preventiva e Social cujos projetos especiais foram criando uma nova mentalidade voltada à integralidade das ações de saúde, aos serviços hierarquizados, à assistência integral e outras premissas.

A partir de 1975, particularmente no eixo Rio - São Paulo, surgem movimentos organizados formados quase que predominantemente por profissionais de saúde e outros interessados no setor, como o CEBES (Centro Brasileiro de Estudos em Saúde), a Revista Saúde em Debate em 1976, a ABRASCO (Associação Brasileira de Saúde Coletiva) em 1979, a Associação dos Médicos Sanitaristas, a Associação Paulista de Saúde Pública e outras que vieram a formar um conjunto de pessoas lutando por um sistema de saúde mais justo e igualitário.

Ao mesmo tempo, os movimentos populares mais organizados tomam a saúde como pauta de discussão em seus fóruns.

Ainda, paralelamente, assumem algumas prefeituras governantes que tinham como meta voltarem-se para o social, abandonando o modelo vigente até então.

Em 1978, a Conferência Internacional de Saúde, realizada na cidade de Alma-Ata, República Socialista Soviética e promovida pela Organização Mundial da Saúde, propõe em seu relatório final a priorização da atenção e dos cuidados primários de saúde para todos os países, estabelecendo inclusive, um prazo para a implementação desta proposta: até o ano 2000.

No Brasil, essa determinação veio de encontro à necessidade de expandir a atenção médica a partir de um modelo de baixo custo para as populações excluídas.

Numa visão hegemonicamente vinculada ao poder, desenvolvia-se, a partir deste momento, a proposta de uma atenção primária seletiva, com recursos escassos, destinada às massas marginalizadas e desarticulada de um sistema hierarquizado e resolutivo. Na realidade, esta proposta mostrava-se distante da proposta original de Alma-Ata, cujo objetivo era de promover uma atenção primária à saúde com garantias de eficiência, satisfação da clientela e, sobretudo, que promovesse impacto positivo sobre as condições de vida e de saúde. O que se observa é que a proposta de atenção primária à saúde foi transformada em atenção primitiva pelas características que incorporou.

A década de 80 caracterizou-se por uma séria crise econômica, que agravou-se após a falência do modelo econômico imposto pelo regime militar. As manifestações desta crise faziam-se sentir sobretudo, pelo descontrole inflacionário, dando origem a outras crises, como as de ordem estrutural, ideológica e político institucional, provocando a mobilização da sociedade na busca de liberdade e democracia, representada pela luta para as eleições diretas para Presidente da República. (Chioro & Scaff, s.d., "não paginado")

Nos anos 80 e 90, as políticas de saúde encontram-se inseridas em um contexto caracterizado pela estagnação do crescimento, pelo descontrole inflacionário e pela recessão, que tem apoio na pactuação do estado com empresas e interesses privados. Concomitante à estes acontecimentos,

incrementa-se o processo de redemocratização do país, acelerado pelo Movimento das Diretas Já e pela mobilização popular e sindical, o que acaba por reforçar os movimentos de oposição.

No início de 1980, é realizada a VII Conferência Nacional de Saúde, com a qual toma força a implantação de um novo projeto denominado PREVSAÚDE – Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde, com o objetivo de universalizar os cuidados primários de saúde, em todo o país. O projeto tinha como base as diretrizes da OPAS e do movimento sanitário e previa a universalização da atenção à saúde e outros princípios como a regionalização, hierarquização e integralização das ações e inclusão do setor privado no sistema. O PREVSAÚDE nunca foi implantado.

Uma das medidas propostas para controlar a crise financeira da Previdência Social foi a criação através de Decreto, em 1981, de uma instância reguladora, o Conselho Consultivo da Administração de Saúde Previdenciária (CONASP), com a finalidade de racionalizar a prestação de serviços de assistência e a utilização dos recursos financeiros e, ainda, de propor medidas de controle avaliação e do sistema. O CONASP permitiu o surgimento das Ações Integradas de Saúde (AIS) em 1983.

As AIS deram origem às primeiras instâncias colegiadas ou Comissões Interinstitucionais (CIPLAN, CIS, CRIS, CIMS, CIL, nos níveis federal, estadual, regional, municipal e local, respectivamente), que constituíram-se nos embriões dos Conselhos de Saúde.

A partir de 1982 sanitaristas e técnicos comprometidos com o movimento da Reforma Sanitária assumem o controle do MPAS e do INAMPS dando início a um processo de reformulações institucionais. A implementação deste projeto teve como base a descentralização das ações passando das AIS para a construção do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS).

Como resultado desta dinâmica do setor saúde, em março de 1986, acontece em Brasília a VIII Conferência Nacional de Saúde, que transformou-se em um dos eventos político-sanitários nacionais mais importantes por seu caráter democrático, marcada pela presença de milhares de delegados que

representavam os mais diversos segmentos da população desde usuários, trabalhadores da saúde e partidos políticos até os diferentes níveis de governo, as universidades e os parlamentares.

Segundo Chioro & Scaff (s.d., "não paginado"),

Como resultado central da VIII CNS, tivemos o estabelecimento de um consenso político que permitiu a conformação do projeto da Reforma Sanitária, caracterizado por três aspectos principais: o conceito abrangente de saúde; saúde como direito de cidadania e dever do Estado; a instituição de um Sistema Único de Saúde.

A VIII Conferência Nacional de Saúde teve como desdobramento imediato a formação da Comissão Nacional de Reforma Sanitária, cujo relatório final influenciaria de maneira decisiva os trabalhos da Assembléia Nacional Constituinte, e a implantação do SUDS (Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde), que reflete as aspirações do movimento da reforma. A tônica deste movimento no período anterior e posterior a 1988 volta-se para a conquista das garantias à saúde na Constituição e na Lei Orgânica da Saúde.

Ainda em 1988, em Olinda, foi fundado o Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS) que, em seu estatuto, estabelece como finalidade "lutar pela autonomia dos municípios". O CONASEMS exerceu importante pressão política junto à Assembléia Nacional Constituinte durante a aprovação do texto constitucional.

MENDES (1995, p 42-43), a respeito destas garantias, destaca que :

(...) a reforma sanitária coloca três aspectos fundamentais: primeiro um conceito abrangente de saúde, (...) segundo, erige a saúde como direito de cidadania e dever do estado e (...) terceiro como elemento de caráter estratégico, propõe uma profunda reformulação do Sistema Nacional de Saúde com a instituição de um Sistema Único de Saúde que tenha como princípios essenciais a universalidade, a integralidade das ações, a descentralização com mando único em cada instância federativa e a participação popular.

A partir da promulgação da nova carta constitucional, em outubro de 1988, inicia-se a elaboração da Lei Orgânica da Saúde (LOS) – Lei n.º 8.080

de 20/09/90, que integrou as principais reivindicações do movimento reformista, já consagrados na Constituição, com destaque para a descentralização.

A Constituição de 1988 incorporou significativas conquistas quanto à garantia dos direitos sociais envolvendo conceitos, princípios e uma nova lógica de organização da saúde da reforma sanitária, dentre eles destaca-se o conceito de saúde entendido numa perspectiva de articulação de políticas econômicas e sociais como direito do cidadão e dever do Estado.

No período seguinte (1989) foi promulgada, com vinte e quatro vetos do então Presidente da República Fernando Collor, a Lei 8.080 que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços de saúde através da regulamentação dos artigos de n.º 196 a 200, referentes à saúde constantes na Constituição. Os referidos vetos esvaziaram quase que totalmente a Lei Orgânica da Saúde, justamente nos aspectos referentes à garantia do respaldo financeiro e da participação popular, porém mantém-se a consagração de um ponto básico para a implementação do SUS: a autonomia municipal através da descentralização das decisões.

Em 1990, as pressões da sociedade clamando pelas garantias perdidas com os vetos da Lei 8.080 possibilitam a aprovação e sanção de um novo Projeto de Lei, o de n.º 8.142 que restituía a criação dos Conselhos e Conferências de Saúde e garantia os repasses financeiros regulares através dos Fundos de Saúde.

A Participação Popular Antes e Depois do SUS

Na verdade, o processo de participação popular teve início em 1983 com a implantação das Ações Integradas de Saúde (AIS) que, embora majoritariamente institucionais comportavam a representação dos usuários, e cujo mérito maior foi o de abrir para estados e municípios a possibilidade de também se transformarem em atores da política nacional de saúde. A

participação manteve-se com o SUDS (1987) e, finalmente, consolidou-se com a implantação do SUS (1990).

Com relação às AIS, a princípio os convênios impostos aos municípios objetivavam o repasse financeiro através da "obrigatoriedade" da constituição dos Conselhos Interinstitucionais, integrados por organizações públicas e privadas que compunham o sistema de saúde. Na formação destes conselhos, estava prevista também a participação da comunidade sem, no entanto, esclarecer sobre o peso de cada segmento nos colegiados.

Estes órgãos raramente transformavam-se efetivamente em fóruns de decisão, sua importância legal restringia-se a elaboração e aprovação dos Planos Diretores de Saúde.

As Comissões Interinstitucionais Municipais (CIMS), oriundas do SUDS, tinham uma composição bastante variada, porém formadas quase que exclusivamente de órgãos públicos, eventualmente universidades, além de dirigentes de hospitais filantrópicos ou privados e, em algumas, participavam representantes de sindicatos de trabalhadores e associações de bairros.

Em 1990, fruto do inconformismo de trabalhadores da saúde, parcelas do movimento sindical e popular e de alguns partidos políticos que defendiam a criação de conselhos com poder deliberativo e composição majoritária da sociedade civil, é editada uma nova lei que dispunha sobre a participação popular na gestão do SUS.

Sobre a prática da descentralização e da participação popular nas decisões relativas à saúde, comenta CAMPOS (1997 p. 102), "essa delegação de autoridade acompanhou-se da instituição dos Conselhos, que trouxeram para a saúde a prática da gestão colegiada."

Conforme o Ministério da Saúde (1994, p. 87), a Lei 8.142/90 cria as Conferências e os Conselhos de Saúde, garantindo em seu Art. 1, § 2º :

O Conselho de Saúde 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 na instância correspondente, inclusive nos aspectos financeiros e econômicos, cujas decisões serão homologadas pelo chefe do poder legalmente constituído em cada esfera de governo.

Assim, pode-se constatar que estas conquistas inseridas na Carta Constitucional, consolidaram um processo iniciado há muito tempo, fruto de pressões de movimentos populares e de entidades profissionais. Estes mesmos grupos necessitaram manter a mobilização para garantir o detalhamento e posterior implementação das garantias constitucionais, enfrentando interesses de grupos privados, contrários às diretrizes democratizantes.

CAMPOS (1997, p. 105), ao referir-se à Lei n.º 8.142/90 levanta uma outra questão que chama a atenção na implementação do SUS no Brasil, " percebe-se que o essencial da concepção sobre participação social do movimento sanitário foi transformado em lei " e acrescenta, " no entanto, daí até sua institucionalização há um bom caminho."

Sobre os Direitos Conquistados

Com relação às garantias de participação social, segundo o Ministério da Saúde, (1994, p. 87) a Lei 8.142/90 dispõe em seu artigo 1º :

O Sistema Único de Saúde – SUS de que trata a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, contará, em cada esfera de governo, sem prejuízo das funções do Poder Legislativo, com as seguintes instâncias colegiadas:

I - a Conferência de Saúde; e

II – o Conselho de Saúde.

§ 1º A Conferência de Saúde reunirá-se a cada 4 anos com a representação dos segmentos sociais, para avaliar a situação de saúde e propor as diretrizes para a formulação da política de saúde nos níveis correspondentes, convocada pelo Poder Executivo ou, extraordinariamente, por este ou pelo Conselho de Saúde.

As Conferências de Saúde representam o fórum máximo de articulação onde são definidas, internamente as diversas competências sanitárias atribuídas a cada nível de governo e, externamente a articulação destas com as demais esferas.

Os Conselhos Municipais de Saúde, órgãos colegiados, são a instância dirigente fundamental do Sistema Único de Saúde à nível dos municípios, constituídos através do debate democrático.

São órgãos deliberativos que avaliam a situação de saúde e formulam diretrizes para a política de saúde de nível local, controlam a execução destas políticas e procedem à sua avaliação. Estas atividades devem ser realizadas em consonância com a população que constituiu os Conselhos, aproximando suas demandas ao poder e submetendo-as à racionalidade técnica e administrativa. Assim, devem estimular os movimentos sociais para superar os limites da participação através da constituição de fóruns paralelos e independentes do poder executivo.

Como instâncias pertencentes à estrutura do SUS, representam espaços de participação social nos quais tem origem uma nova cultura política. No espaço do Conselho de Saúde deve configurar-se a prática do diálogo, da contestação e da negociação em favor da democracia e da cidadania, com vistas à consolidação do processo democrático e à diminuição das desigualdades existentes.

O funcionamento dos Conselhos deve seguir as regras democráticas, com a organização e capacitação da sociedade para uma participação crescente e politicamente amadurecida.

Em geral, a qualidade das ações destes órgãos é definida através da representatividade de seus membros, da visibilidade de suas propostas, da transparência de sua atuação e da permeabilidade e comunicação com a sociedade.

Para tanto, é importante considerar o processo de escolha das representações que deve levar em conta, entre outros fatores, se os representantes são eleitos pelos associados das entidades ou se cabe às

respectivas diretorias das organizações ou, ainda, se a indicação é efetuada pelo chefe de governo de forma discriminatória. Também, a forma de escolha mais democrática dos representantes deve levar em conta, por exemplo, a experiência, a capacitação técnico-política, a expressão social do segmento, o engajamento da organização e de seus representantes nas lutas dos seus associados e no processo de democratização.

Outro aspecto que deve ser considerado é a avaliação das ações propostas e realizadas, dos debates promovidos e, ainda do controle sobre os recursos aplicados e das ações do poder público. Para que o conselho possa ter maior visibilidade na sociedade é preciso articulação com os diversos segmentos sociais, é preciso que seus componentes discutam previamente com suas entidades as pautas e proposições das reuniões e, ainda como dar a elas conhecimento de suas resoluções.

Sobre a participação popular nos Conselhos de Saúde, o relatório final da 2ª Conferência Estadual da Saúde do Rio Grande do Sul (2ª CONFES/RS) ocorrida em julho de 1996 na cidade de Porto Alegre, destaca:

A efetiva participação popular é fator indispensável para a construção de um modelo que corresponda às necessidades da população. Para tanto, os Conselhos devem ser autônomos e ter a direção eleita entre os seus membros, participando do processo de planejamento a partir dos problemas levantados e priorizados pelos atores sociais, com base local e ascendente até o nível federal, desmonopolizando o poder e o saber.

A função dos conselhos como espaços de interlocução, de articulação entre diferentes atores sociais e de controle social constitui-se, assim, não só num desafio, mas também numa oportunidade no sentido do fortalecimento da sociedade civil e da democratização.

Para CARVALHO (1995, p. 25 -27) as relações entre o Estado e a sociedade na área da saúde constituem-se o pano de fundo " para a noção de participação, assim, "sua base encontra-se na universalização dos direitos sociais e na ampliação do próprio conceito de cidadania, assim como referencia-se numa nova compreensão do caráter e do papel do Estado."

Para ele, “a idéia da participação social suscita e se associa à noção de controle social do Estado, por oposição ao controle privado ou particular, exercido pelos grupos com maior poder de acesso e influência. “

Segundo JACOBI (1992, p 119) ,

A participação se baseia numa cidadania ativa e numa ruptura com as resistências tecnoburocráticas, mas principalmente numa vontade política dos que governam as cidades para abrir espaços que não só questionem a ordem estabelecida, mas que garantam a incorporação de grupos e interesses sociais e de valores culturais diferentes, potencializando a concretização de mudanças.

Para este autor, a participação pressupõe a convivência de uma dialética de pluralismo e consenso, de confronto e negociação.

Para DEMO (1996, p 19) a participação é conceituada como “ *conquista* para significar que é um *processo*, no sentido legítimo do termo: infindável, em constante vir-a-ser, sempre se fazendo. “

Confirma o conceito do autor o próprio fato de ainda se estar discutindo a participação nas ações e serviços públicos quando, há mais de dez anos ela é garantida por lei. Neste sentido, o mesmo autor complementa, “(...) o espaço da participação precisa ser conquistado centímetro por centímetro, o que ocorre muitas vezes é que não podemos andar a metro, mesmo porque todos os processos participativos tendem a ser lentos.”

A partir destas considerações torna-se claro que a conquista da participação e, por conseqüência, da cidadania, necessita de uma constante construção cujo caminho é a dimensão pedagógica que possibilita o conhecimento, interpretação e transformação da realidade concreta.

Podemos observar, pelo processo histórico que vivemos, que a simples garantia legal de direitos não produz cidadãos. A cidadania deve ser construída no exercício de processos coletivos onde se fundam as lutas pelo reconhecimento e aquisição dos direitos, na garantia de sua implementação pelo poder político e, ainda, no controle e avaliação dinâmicos, que permitem sua adaptação e evitam sua supressão.

WANDERLEY (1993, p. 20) reforça este pensamento e ainda complementa:

Para um exercício mais efetivo do controle social, no sentido de organização da vida social em níveis civilizados e de concretização das transformações profundas que são exigidas para a construção de uma sociedade democrática, é preciso lutar pela *democratização do Estado* o que implica a *democratização da Sociedade Civil*. (grifos do autor).

Se considerarmos que a cidadania está interligada ao exercício pleno de direitos e deveres que não só devem ser garantidos em lei, mas que precisam ser exercidos para que haja cidadania de fato, teremos um entendimento mais claro dos motivos pelos quais a conquista desse direito tem se mostrado historicamente adiado e, ainda, porque tem havido tanta resistência para concretizá-lo por meio de políticas sociais efetivas, que propiciem o desenvolvimento humano e material aliados à justiça social.

3. METODOLOGIA

Para atingir os objetivos deste Projeto de fortalecer a atuação do Conselho Municipal de Saúde no desempenho do Controle Social das políticas públicas de saúde e de promover a participação consciente através da instrumentalização do Conselho como instância deliberativa, optou-se por uma metodologia que reunisse conceitos de educação baseada em princípios de participação.

Para tanto, não poderíamos deixar de considerar a grande contribuição do processo pedagógico libertador de Paulo Freire, como caminho para buscar o espaço de instrumentalização dos indivíduos para a ação coletiva e, conseqüentemente tornar efetivo o direito de cidadania.

A justificativa para esta escolha deve-se ao fato de que a obra deste autor comprometeu-se sobretudo com uma realidade social a ser transformada através de uma proposta aberta, dinâmica e fundamentalmente participativa, o que adapta-se perfeitamente ao nosso objetivo.

Itinerário da Proposta

A transformação da realidade que pretendemos como contribuição desta prática, em última análise, é a melhoria das condições de saúde da população, sendo um dos caminhos possíveis para a obtenção de resultados positivos, a

instrumentalização dos Conselheiros Municipais de Saúde para o desempenho de suas atribuições, mais especificamente para o controle social.

O método de Paulo Freire, também denominado "Itinerário de Pesquisa", propõe passos seqüenciais interrelacionados, quais sejam: levantamento de temas ou palavras geradoras, codificação, decodificação e desvelamento crítico. Estes passos, através de movimentos de construção, avançam e retroagem, conforme a vivência experienciada no Círculo da Cultura.

Para o entendimento do "Método Paulo Freire" faz-se necessário discorrer sobre algumas de suas obras, de autores que o estudaram e que utilizaram o seu método em diversas realidades, dos quais, alguns caracterizam seu trabalho não por "método", mas por "Teoria do Conhecimento" ou por "Filosofia da Educação".

Os escritos de Paulo Freire tem como referencial o processo pedagógico libertador ou emancipador, com o qual o autor postula a capacidade de aprender não apenas como forma de adaptação à realidade mas, fundamentalmente, como forma de intervir nesta realidade recriando-a e transformando-a.

Paulo Freire é considerado como um educador humanista e militante que, em sua prática teórica utilizou os temas da consciência e da mudança. Sua obra, publicada em diversos países, é composta de inúmeros livros, ensaios, artigos em revistas especializadas, conferências, seminários e debates em universidades de todo o mundo e prefácios em obras de outros autores.

A Pedagogia do Oprimido (1970), considerada sua obra mais importante, foi traduzida e publicada em mais de vinte idiomas, o que denota a atualidade de seu pensamento e cuja influência abrange as mais diversas áreas do saber como a pedagogia, filosofia, teologia, antropologia, ecologia, medicina, psicologia, história, política, jornalismo, teatro, música, ciência, política e inclusive a Enfermagem.

SAUPE (1998, p 249), considerando a significativa utilização das obras de Freire em dissertações de mestrado produzidas nos cursos de Mestrado em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, analisa este fato:

Originariamente proposta como uma pedagogia libertadora e problematizadora, ultrapassa os limites da educação enquanto disciplina social e passa a ser entendida também, como uma forma de ler o mundo, refletir sobre a leitura e recontá-lo, transformando-o pela ação consciente. É exatamente esta ultrapassagem, do campo específico da educação para o mundo dos homens que possibilita sua utilização por outras disciplinas, dentre elas a Enfermagem.

Entre as concepções básicas nas quais fundamenta sua obra, Paulo Freire considera principalmente as de **homem e mundo**, de **diálogo**, de **teoria do conhecimento** e de **conscientização**.

Na concepção de **homem**, o autor destaca como centro da questão o problema da humanização, onde a constatação da busca pela humanidade implica reconhecer a desumanização como realidade teórica. Assim o homem é visto como sujeito e não como objeto de um processo que se insere no seu projeto existencial.

Com base na situação concreta de opressão, o autor realiza, paralelamente, a denúncia da alienação desumanizadora e o anúncio da liberdade e dignidade do homem, destacando a importância do papel do próprio oprimido na luta libertadora.

Em sua reflexão sobre o **diálogo**, o autor destaca "a palavra" no sentido de que esta é mais do que um meio para que o diálogo ocorra pois inclui duas dimensões indissociáveis: a ação e a reflexão. Pronunciar a palavra, neste sentido é transformar o mundo.

O **diálogo** consiste em uma relação horizontal e não vertical entre as pessoas implicadas, que se nutre de amor, humildade, esperança, fé e confiança, indissociável enquanto relação homem – mundo, como o próprio Freire (ibidem, p 63) afirma: "ninguém educa ninguém - ninguém se educa a si mesmo – os homens se educam entre si, mediatizados pelo mundo."

A **teoria do conhecimento** em Freire, ou educação como ato de conhecimento engloba a totalidade da experiência humana, cujo ponto de partida é a experiência concreta do indivíduo em seu grupo ou comunidade, a qual se expressa através dos universos verbal e temático deste grupo (palavras geradoras ou temas geradores). As palavras e os temas mais significativos deste universo são priorizados para a organização do programa de discussão e de estudo com a finalidade de subsidiar o novo conhecimento.

Nesta metodologia, conforme ANDREOLA, (1993, p 33) "a prática está compreendida nas situações concretas que são codificadas para serem submetidas à análise crítica" ou descodificação.

Finalmente, a **conscientização** do oprimido que se constitui a preocupação básica de Paulo Freire. A consciência crítica é a representação das coisas e dos fatos relacionados às suas causas e circunstâncias históricas (integração com a realidade), através da qual a realidade passa a ser um conhecido objeto e, dentro dele, o homem assume uma posição epistemológica: o homem à procura do conhecimento. Sendo assim, a consciência crítica não pode existir sem a práxis, isto é, fora do processo reflexão-ação. Segundo ele, para chegar-se a esta consciência, ao mesmo tempo desafiadora e transformadora, são imprescindíveis o diálogo crítico a fala e a convivência.

ANDREOLA (1993, p 38) diz que "a conscientização é o processo, nunca encerrado, pelo qual o homem assume sua posição de ser de práxis, na transformação e humanização do mundo."

Conforme Freire (ibidem, p. 134), a conscientização "não para, estoicamente no reconhecimento puro, de caráter subjetivo, da situação, mas, pelo contrário, que prepara os homens, no plano da ação, para a luta contra os obstáculos à sua humanização."

Em termos educacionais, a proposta deste autor é uma proposta anti-autoritária onde educadores e educandos aprendem juntos, engajando-se num diálogo permanente que se caracteriza pelo relacionamento horizontal, o qual

não exclui desequilíbrios de poder e que acontece fora da sala de aula, isto é, no “círculo da cultura”.

Paulo Freire (ibidem, p. 140) confere importância à educação libertadora para que “os homens se sintam sujeitos de seu pensar, discutindo o seu pensar, sua própria visão de mundo, manifestada implícita ou explicitamente, nas suas sugestões e nas de seus companheiros.”

FAUNDEZ (1993, p 34), ao tecer comentários sobre a importância do processo educacional e da participação, sintetiza em sua obra:

Se o processo educacional é um processo destinado a criar uma nova pedagogia, uma nova democracia, uma nova concepção de poder, uma nova sociedade, a comunidade inteira deveria estar vigilante para que este processo se faça através de uma participação crítica, criativa, livre e ativa.

O mesmo autor ainda complementa este pensamento : “ será preciso então aprender a participar, mas igualmente aprender a se organizar, a dialogar e, em primeiro lugar, aprender a aprender.”

Já para PINTO (1997, p. 29, 30) , a “ educação é o processo pelo qual a sociedade forma seus membros à sua imagem e em função de seus interesses.” O autor defende ainda a idéia de que a educação é, em sua natureza “contraditória” pelo fato de que implica, ao mesmo tempo, na conservação do saber adquirido e, ainda em “criação” ou “crítica”, “negação” e “substituição” do saber existente, no sentido de que sua dinâmica atua em sentido oposto, já que engendra necessariamente o progresso social, isto é, a diferenciação do futuro em relação ao presente, a necessidade de ruptura do equilíbrio atual em relação à criação do novo.

Concordamos com a posição do autor pois, do contrário, a educação seria apenas a repetição do saber considerado definitivo implicando, assim, na impossibilidade de novas descobertas e, conseqüentemente, na estagnação do progresso cultural.

Na implementação deste Projeto de Prática Assistencial, a possibilidade de uma releitura do educador Paulo Freire, por si só, suscita uma avaliação

mais crítica do processo ensino aprendizagem, inserido em uma sociedade regida pelos interesses do capital, como é o caso da nossa.

Para ele, a educação é um processo que repete, ao nível do indivíduo, a evolução histórica da humanidade: a passagem do momento em que a humanidade redescobre o próprio conhecimento. É a emergência da consciência, uma teoria do conhecimento que se coloca em prática, pois que engloba a totalidade da experiência humana. A unidade dialética entre a teoria e a prática, entre a reflexão e a ação é um dos princípios afirmados em sua obra.

SAUPE(1998, p 68) define de maneira global a educação que pretendemos alcançar:

A educação é caracterizada como produção, incorporação, reelaboração, aplicação e testagem de conhecimentos e tecnologias através de um processo multidimensional de confronto de perspectivas e prioridades, efetivado na relação dialógica e participativa entre os diferentes saberes dos sujeitos sociais, negociado entre as partes envolvidas no ensino aprendizagem, promovendo a cooperação, a solidariedade, a troca, a superação da realidade existente, para construção da realidade almejada, possível ou utópica.

Mesmo consciente de que esta realidade não será alcançada a curto prazo, portanto, não deixa de ser utópica, pois o processo educativo envolve a conscientização dos indivíduos, em nossa percepção, ela não implica em inviabilidade.

O Conselho Municipal de Saúde de Passo Fundo é composto de trinta e dois membros, foi criado através de lei própria e tem um regimento interno que estabelece as normas para seu funcionamento. As eleições ocorrem de dois em dois anos, podendo seus membros serem reeleitos uma vez.

Para as eleições, são convocadas as entidades através de editais públicos e de correspondência do próprio Conselho, anunciando o período em que ocorrerão as inscrições. A paridade é respeitada entre usuários (50%), prestadores de serviço, órgãos do governo e profissionais de saúde (que somados representam os outros 50% da totalidade de entidades). Caso exceda

o número de entidades concorrentes, a decisão de quais assumirão a representação junto ao Conselho, se dá entre as próprias entidades, através de acordo.

Nas próprias eleições são escolhidas a mesa diretora e a Secretaria Técnica (SETEC), respeitando-se a paridade. Quatro membros compõe a mesa diretora dentre os quais, votados em plenária, são escolhidos um para coordenador, um para vice-coordenador, o 1º e 2º secretários. A SETEC é igualmente composta de quatro membros dos quais um é eleito coordenador em plenária. A SETEC tem a função de deliberar sobre questões mais urgentes que não podem aguardar a reunião plenária mensal e, ainda, analisar sob o aspecto técnico, assuntos mais complexos para, posteriormente, expor aos demais conselheiros em reunião ordinária ou extraordinária, dependendo da complexidade ou urgência do tema.

Os conselheiros são nomeados pelo poder executivo através de portaria.

Como primeiro passo a implementação do Projeto de Prática Assistencial optou-se pelo tema a ser trabalhado. A partir desta escolha iniciaram-se as leituras referentes à metodologia de Paulo Freire, constantes em sua obra e de autores que escreveram sobre ele e/ou que utilizaram sua proposta em várias realidades e concomitante, sobre participação social, com o objetivo de fornecer um maior embasamento teórico da proposta de trabalho. A revisão de literatura acompanhará todos os passos da implementação deste projeto.

A seguir foi elaborada a nota prévia descrevendo a intenção do tema a ser trabalhado.

O passo seguinte, num processo crescente de produção, foi a elaboração do Protocolo de Prática Assistencial e sua apresentação para o colegiado da disciplina e, logo após à Coordenação do Conselho Municipal de Saúde para aprovação.

A partir de então formulou-se a proposta de trabalho aos Conselheiros em reunião plenária do CMS, oportunidade em que foi obtido o consentimento livre e esclarecido de todos.

A partir deste momento, dando seguimento à proposta de trabalho, aplicar-se-á aos Conselheiros um instrumento de coleta de dados (anexo 1) que tem por finalidade obter uma visão abrangente do conhecimento dos mesmos a respeito de suas funções, com a intenção de proporcionar uma visualização do caminho a seguir.

A seguir será enviado, via correio, um convite para participar do primeiro encontro à todos os conselheiros. A partir deste encontro é que, com a participação dos mesmos, serão decididos os temas a serem discutidos.

Neste primeiro encontro será exposta aos participantes a metodologia de trabalho, o número, data e horário possível dos encontros, o contrato verbal de participação e apresentados os resultados gerais do instrumento, que serão discutidos durante os encontros, através de textos, partindo-se dos assuntos mais relacionados às necessidades dos conselheiros.

Para a implementação deste Projeto, a decisão a respeito do número de participantes do trabalho proposto, ficará a cargo dos próprios conselheiros através de livre escolha, respeitando-se a liberdade individual de cada um.

Pretende-se realizar, com os conselheiros que aderirem à esta proposta, de cinco a dez encontros, número este passível de revisão conforme o andamento do trabalho e a necessidade demonstrada pelos participantes.

A partir das discussões é que serão propostos os próximos temas a serem analisados. Assim, na realidade, o número de encontros será decidido conforme a necessidade, em parceria com os participantes.

4. ASPECTOS ÉTICOS

Tendo por princípio fundamental que todo profissional deve manter-se atento e orientar-se com o auxílio do Código de Ética Profissional, é nele que pretendemos fundamentar este trabalho. Além disso, nossa proposta levará em consideração o bom senso, o respeito à opinião e liberdade do ser humano, e também os valores adquiridos durante nossa vida.

No desenvolvimento deste trabalho serão respeitados os seguintes aspectos éticos:

- Obtenção da autorização da Coordenação do Conselho Municipal de Saúde para a realização deste trabalho.
- Será assegurada a adesão voluntária ao grupo no primeiro encontro.
- As informações colhidas durante os encontros serão mantidas em sigilo, utilizando-se, se necessário, codinomes no relatório de prática assistencial para relatar as falas dos participantes.
- Será garantido, aos participantes a livre escolha para deixar o grupo se assim o entenderem.
- Os dados colhidos nesta prática assistencial serão de propriedade intelectual do mestrando, ficando claro este entendimento aos participantes desde o 1º encontro.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este Projeto foi construído com base em experiências vivenciadas no ambiente de trabalho e nas inquietações provocadas por esta vivência junto ao Conselho Municipal de Saúde de Passo Fundo.

No entendimento adquirido através da prática vivenciada, a cidadania está estreitamente ligada à conscientização, entendida como um processo infindável de luta contra as desigualdades socialmente reproduzidas.

Segundo SAUPE, (1992, p. 2) o enfermeiro, cidadão, profissional que faz parte da equipe de saúde, deve estar preparado "(...) não só para o exercício de uma prática competente voltada para a resolubilidade, acessibilidade e confiabilidade do sistema de saúde brasileiro, mas também para exercer a crítica das políticas nacionais de saúde".

Não há mais espaço, numa sociedade competitiva, dividida e tão diferenciada quanto à nossa para o enfermeiro alienado ao processo de construção do Sistema Único de Saúde pois, os reflexos desta construção, certamente tem influência sobre todas as áreas.

Através da implementação deste Projeto de Prática Assistencial, espera-se contribuir para que o processo participativo em nossa sociedade torne-se mais efetivo e mais crítico, possibilitando assim a melhoria da qualidade de vida da população

7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. ANDREOLA, B. A . *O processo do Conhecimento em Paulo Freire*. Revista Educação e Realidade. Porto Alegre: Pannonica Editora, V. 18, Nº 1 , Jan/Jun 1993.
2. CAMPOS, G. W de S., *Reforma da Reforma – Repensando a Saúde*. São Paulo: HUCITEC, 1997.
3. CARVALHO, A. I. *Conselhos de Saúde no Brasil: Participação Cidadã e Controle Social*. Rio de Janeiro: FASE/IBAM, 1995.
4. CARVALHO, V. *A Enfermagem de Saúde Pública como Prática Social*. Revista de Enfermagem da Escola Anna Nery. Rio de Janeiro: ano 1, n. de lançamento, jul. 1997, p. 25-41.
5. CHIORO, A. & SCAFF, A. *A Implantação do Sistema Único de Saúde*. s. d., s. ed. <http://www.consaude.com.br/sus.htm>
6. DEMO, P. *Participação é Conquista*. São Paulo: Cortez, 1996.
7. FAUNDEZ, A. *O Poder da Participação*. São Paulo: Cortez, 1993.
8. FLEURY, Sonia (org). *Saúde e Democracia – A Luta do CEBES*. São Paulo: LEMOS EDITORIAL, 1997.
9. FREIRE, P. *Pedagogia do Oprimido*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1983.
10. _____. *Pedagogia da Autonomia: Saberes Necessários à Prática Educativa*. São Paulo: Paz e Terra, 1997.
11. _____ e SHOR, I. *Medo e Ousadia: O Cotidiano do Professor*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1986.
12. GIACOMINI, C. H., *A sociedade Civil e a Garantia do Processo de Reforma Sanitária*, in *Cadernos da Nona - Descentralizando e Democratizando o Conhecimento*, Vol. 1, s. ed., Brasília, 1992.
13. JACOBI, P. *Descentralização Municipal e Participação dos Cidadãos: Apontamentos para o Debate*, in *Cadernos da Nona - Descentralizando e Democratizando o Conhecimento*, Vol. 1, s. ed., Brasília, 1992.

14. MADALOSSO, A. R. M. et al. *A Saúde da População Brasileira e a Enfermagem - as Políticas de Saúde nas Décadas de 80 e 90*. Passo Fundo/RS: 1999. (mimeo).
15. MENDES, E. V. et al *Distrito Sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde*. São Paulo: Hucitec-Abrasco, 1995.
16. MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Incentivo à Participação Popular e ao Controle Social no SUS: textos básicos para conselheiros de saúde*. Brasília: IEC, 1994.
17. PINTO, A. V. *Sete Lições Sobre Educação de Adultos: Introdução e entrevista de Demerval Saviani e Betty Antunes de Oliveira*. São Paulo: Cortez: 1997.
18. Relatório Final da 2ª Conferência Estadual da Saúde do Rio Grande do Sul, mimeo, Porto Alegre, 1996.
19. SAUPE, R.(org), *Educação em Enfermagem: da realidade construída à possibilidade de construção*. Florianópolis: Editora da UFSC, 1998.
20. ____ *Formação do Enfermeiro Cidadão Crítico – Entendimento dos Docentes de Enfermagem*, in *Revista Texto e Contexto – Enfermagem*, Florianópolis, 1992.
21. WANDERLEY, L.E.W, *Formas de Controle Social: Alcance e Limites*. in *Saúde e Revisão Constitucional: Controle Social e Formas Organizacionais do SUS*. Organização Panamericana da Saúde: Brasília: 1993.

ANEXO 3

CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

O consentimento livre e esclarecido para a realização da Prática Assistencial foi obtido verbalmente no primeiro encontro com os conselheiros. Nessa oportunidade, abordou-se com os mesmos os seguintes aspectos éticos:

1. Adesão voluntária ao grupo.
2. Liberdade para desistir da participação, se assim os conselheiros entendessem.
3. Sigilo absoluto em relação à identidade dos participantes.
4. Permissão para gravar os encontros, que foi obtida posteriormente por escrito.
5. Propriedade intelectual dos dados da autora desse trabalho.
6. Manutenção da verdade em relação aos dados coletados.
7. Compromisso na devolução dos dados para a comunidade.

Consideramos que a própria participação dos conselheiros nos encontros, depois de esclarecidos, além de seu consentimento verbal, constituiu-se no consentimento livre e esclarecido de todos.

ANEXO 4
INSTRUMENTO DIAGNÓSTICO

Passo Fundo, 08 de junho de 1999.

Prezado conselheiro(a).

Este instrumento tem por objetivo diagnosticar as possíveis dificuldades e expectativas dos novos integrantes do Conselho Municipal de Saúde (CMS) de Passo Fundo recentemente eleito, com relação à sua atuação neste órgão nos próximos dois anos de gestão. Sendo assim, ele servirá de base para o preparo do material que será oferecido nos encontros com este Conselho, visando sanar as dúvidas e trazer para discussão assuntos que sejam do interesse dos participantes.

Para tanto, é de extrema importância a devolução deste documento e que ele seja respondido com a máxima sinceridade possível.

Será garantido o sigilo das informações nele contidas, bem como o anonimato do respondente.

Agradeço antecipadamente sua valiosa colaboração.

Atenciosamente.

Rejane Roesler Mocinho

Mestranda - Curso de Assistência de Enfermagem UFSC/UPF

I - DADOS DE IDENTIFICAÇÃO:

1. Nome: _____
2. Profissão: _____
3. Entidade que representa: _____
4. Categoria de representação no Conselho Municipal de Saúde:
a) () Usuário
b) () Profissional de Saúde
c) () Prestador de serviço
d) () Órgão do Governo

II – QUESTÕES ESPECÍFICAS

5. Você já foi Conselheiro (titular ou suplente) do CMS de Passo Fundo ou de outro município?
a) () Sim
b) () Não
6. Você conhece a Lei de criação do CMS de Passo Fundo?
a) () Sim
b) () Não
c) () Parcialmente

ANEXO 5

MENSAGEM ENTREGUE AOS CONSELHEIROS NO ÚLTIMO ENCONTRO DO CÍRCULO DE CULTURA

QUERIDOS CONSELHEIROS!

A satisfação proporcionada por estes encontros foi indescritível. Não apenas por estar realizando um trabalho que me agrada e me se será útil, mas, sobretudo porque este é um trabalho no qual acredito.

Acredito que "a saúde em nosso país tem remédio", não um remédio que possamos ingerir, mas que podemos pensar e colocar em prática.

Tenho muito a agradecer a todos vocês, principalmente por acreditarem no meu trabalho.

Esta gratidão poderei demonstrar-lhes ao concluir este trabalho, espero que ele tenha utilidade para outras pessoas que se interessem em implantar esse Sistema de Saúde que é nosso e que foi construído com tanta luta.

Não considerem este momento uma despedida, pois também não considero este trabalho acabado. Sei que ainda temos muito a aprender juntos. Apenas, a formalidade exige, que consideremos para este momento, um final.

Espero ter contribuído para aprimorar o trabalho que vocês tem a desempenhar e, tenham certeza que aprendi muito com todos vocês também.

Gostaria de deixar para todos algumas palavras escritas por Paulo Freire que, na verdade, foi quem me inspirou nesta caminhada.

"Gosto de ser homem, de ser gente, porque sei que minha passagem pelo mundo não é predeterminada, preestabelecida. Que o meu 'destino' não é um dado mas algo que precisa ser feito e de cuja responsabilidade não posso me eximir. Gosto de ser gente porque a História em que me faço com os outros e de cuja feitura tomo parte é um tempo de possibilidades e não de determinismo. Gosto de ser gente porque, inacabado, sei que sou um ser condicionado mas, consciente do inacabamento, sei que posso ir mais além dele."

Paulo Freire/1997.

☉ desenho no fundo desta folha tem um significado: é uma porta aberta para o conhecimento e para o desenvolvimento de nosso potencial enquanto homens e mulheres que acreditam no trabalho que desempenham, e que lutam por uma sociedade mais humana e mais justa.

Sejam felizes e, quando precisarem, dentro de minhas limitações, estarei à disposição.

MUITO OBRIGADO!

Rejane Roesler Mocinho/Novembro de 1999.