MINISTÉRIO DA SAÚDE
CONSELHO NACIONAL DE SECRETARIAS MUNICIPAIS DE SAÚDE
CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE

Prêmio Sérgio Arouca de Gestão Participativa do SUS

Experiências Exitosas em Gestão Participativa no SUS

DISTRIBUIÇÃO
VENDA PROIBIDA
GRATUITA

Brasília-DF
2015

MINISTÉRIO DA SAÚDE
CONSELHO NACIONAL DE SECRETARIAS MUNICIPAIS DE SAÚDE
CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE

Prêmio Sérgio Arouca

Experiências exitosas em Gestão Participativa no SUS

DISTRIBUIÇÃO
VENDA PROIBIDA
GRATUITA

Brasília – DF
2015

2015 Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde. Conselho Nacional de Secretários de Saúde.

Esta obra é disponibilizada nos termos da Licença Creative Commons – Atribuição – Não Comercial – Compartilhamento pela mesma licença 4.0 Internacional. É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte.

A coleção institucional do Ministério da Saúde pode ser acessada, na íntegra, na Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde: <www.saude.gov.br/bvs>.

Tiragem: 1ª edição – 2015 – 15.000 exemplares

Elaboração, distribuição e informações
MINISTÉRIO DA SAÚDE
Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa
Departamento de Apoio à Gestão Participativa
SAF Sul, Quadra 2, lotes 5/6, Edifício Premium Centro Corporativo, Torre I, 3º andar, sala 303
CEP: 70070-600 – Brasília/DF
Tel.: (61) 3315-8886
Fax: (61) 3315-8840
Site: www.saude.gov.br/sgep
E-mail: sgep.dagep@saude.gov.br
Facebook: www.facebook.com/SGEP_MS
Twiter: @SGEP_MS

CONSELHO NACIONAL DE SECRETARIAS MUNICIPAIS DE SAÚDE (CONASEMS)
Esplanada dos Ministérios, Bloco G, Anexo B, sala 144
CEP: 70058-900 – Brasília/DF
Tel./Fax: (61) 3223-0155

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE (CONASS)
SCS, Quadra 09, lote C, Edifício Parque Cidade Corporate, bloco C, sala 1105
CEP 70308-200 – Brasília/DF
Tel./Fax (61) 3222–3000 / 3222–3040

Coordenação
Denise Rinehart – CONASEMS
Katia Maria Barreto Souto – SGEP/MS
Maria de Fátima Marques – SGEP/MS
Maria de Lourdes Lemos de Almeida – CONASS

Projeto gráfico, diagramação, capa e arte-final
Id Artes Eventos

Normalização:
Daniela Ferreira Barros da Silva – Editora MS/CGDI

Impresso no Brasil / *Printed in Brazil*

Ficha Catalográfica

Brasil. Ministério da Saúde.
Prêmio Sérgio Arouca: experiências exitosas em Gestão Participativa no SUS / Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde, Conselho Nacional de Secretários de Saúde. – Brasília : Ministério da Saúde, 2015.
374 p. : il.

ISBN 978-85-334-2265-0

1. Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde. 2. Gestão participativa em Saúde. 3. Administração em Saúde. I. Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde. II. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. III. Título.

CDU 614:35:005.56

Catalogação na fonte – Coordenação-Geral de Documentação e Informação – Editora MS – OS 2015/0048

Títulos para indexação:
Em inglês: Sérgio Arouca Award of Participatory Management of the Brazilian Health System (SUS/Brazil): successful experiences in Participatory Management in SUS
Em espanhol: Premio Sérgio Arouca de Gestión Participativa del Sistema Único de Salud (SUS/Brasil): experiencias exitosas en Gestión Participativa en el SUS

SUMÁRIO

CATEGORIA: "Experiências Exitosas de Gestão Participativa no Âmbito do Estado" 11

MOBILIZASUS: ESTRATÉGIAS PARA O FORTALECIMENTO DO CONTROLE SOCIAL, DA GESTÃO DEMOCRÁTICA E PARTICIPATIVA DO SUS/BA 13

O TRABALHO DAS OUVIDORIAS COMO CANAL PARA A GARANTIA DE DIREITOS: UMA EXPERIÊNCIA DO INSTITUTO ESTADUAL DE DIABETES E ENDOCRINOLOGIA LUIZ CAPRIGLIONE - IEDE/RJ 33

GESTÃO PARTICIPATIVA NA OUVIDORIA DESCENTRALIZADA DO INSTITUTO ESTADUAL DE DERMATOLOGIA SANITÁRIA - IEDS 57

A EXPERIÊNCIA DA WEB RÁDIO AJIR COM EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE 77

CATEGORIA: "Experiências Exitosas de Gestão Participativa em Municípios com mais de 50 mil habitantes" 95

GESTÃO PARTICIPATIVA NA MATERNIDADE PÚBLICA MUNICIPAL DE BETIM: PRODUZINDO SAÚDE, SUJEITOS E COLETIVOS 97

PARTICIPAÇÃO DA COMUNIDADE NO SUS DE DIADEMA/SP 125

ARTICULAÇÃO INTERSETORIAL COMO ESTRATÉGIA PARA O EFETIVO CONTROLE SOCIAL NO SUS: O CASO DE PORTO ALEGRE 143

CONSTRUÇÃO COLETIVA: BASE PARA SOLUÇÕES ESSENCIAIS NAS COMUNIDADES 159

ESPAÇOS DE DIÁLOGOS COMO ESTRATÉGIA PARA FORMAÇÃO DE UM CONSELHO LOCAL DE SAÚDE: REFLEXÕES A PARTIR DE EXPERIÊNCIAS DE EDUCAÇÃO POPULAR E SAÚDE EM JOÃO PESSOA/PB 177

O APOIO INSTITUCIONAL COMO ESTRATÉGIA DE DEMOCRATIZAÇÃO DA GESTÃO DA SAÚDE EM VÁRZEA PAULISTA: UMA HISTÓRIA DE REFLEXÕES E VÍNCULOS 199

PRIMEIRA CAMPANHA DE COLETA DE MEDICAMENTOS DO CENTRO REGIONAL DE SAÚDE DR. MARCÍLIO DE OLIVEIRA LIMA 211

MECANISMOS DE PARTICIPAÇÃO SOCIAL NOS SISTEMAS DE SERVIÇOS DE SAÚDE: ANÁLISE DE EXPERIÊNCIAS NO BRASIL E NA ITÁLIA 227

CATEGORIA: "Experiências Exitosas de Gestão Participativa em Municípios com até 50 mil habitantes" 247

ORÇAMENTO PARTICIPATIVO NOS TERRITÓRIOS DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA EM CARIRÉ/CE 249

IMPLANTAÇÃO DOS CONSELHOS LOCAIS EM ANCHIETA: MUDANÇAS! 269

GESTÃO PARTICIPATIVA: UMA ESTRATÉGIA DE FORTALECIMENTO DA EQUIDADE E O CONTROLE SOCIAL NO MUNICÍPIO DE CAMPO VERDE/MT NO PERÍODO DE 2010/2011 291

CONTROLE SOCIAL: DESAFIOS NO EQUILÍBRIO ENTRE AS DIMENSÕES POLÍTICA E TÉCNICA NO CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DE BORBA/M 307

GESTÃO PARTICIPATIVA EM BAIRROS: EXPERIÊNCIA DO CONSELHO GESTOR DE UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA DA CASA AMARELA 317

OUVIDORIA PÚBLICA DE SAÚDE DE BRUMADINHO/MG: UM DISPOSITIVO A FAVOR DA CIDADANIA 337

BARREIROS/PE: UNINDO FORÇAS PARA VENCER UMA TRAGÉDIA 353

A PARTICIPAÇÃO POPULAR ATRAVÉS DO COMITÊ INTERINSTITUCIONAL DE VIGILÂNCIA E CONTROLE DA MALÁRIA E DENGUE NO MUNICÍPIO DE BORBA/AM 367

APRESENTAÇÃO

A participação social é o princípio e diretriz fundamental do SUS e está garantida na Constituição. A Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa (SGEP), responsável pelo desenvolvimento da política de participação social no SUS, em parceria com o Conass e o Conasems, apresenta os trabalhos vencedores da 4ª edição do Prêmio Sérgio Arouca.

A gestão participativa no Sistema Único de Saúde (SUS) coloca na agenda política da democracia brasileira uma construção filosófica e política, que sempre esteve presente no pensamento e nos atos do Dr. Antônio Sérgio da Silva Arouca.

O prêmio, criado em 2005, homenageia este sanitarista, um dos líderes da Reforma Sanitária no país, e fez parte da agenda da 14ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 2011. O objetivo desta iniciativa é conhecer, dar visibilidade, discutir e estimular as práticas de gestão participativa e divulgar as experiências exitosas realizadas nos serviços, organizações e sociedade civil do país.

As práticas de gestão participativa, em construção no SUS, necessitam de processos e ações que as estimulem e as fortaleçam como estratégias na relação do Estado com a sociedade civil. Processos estes que advêm de reflexões teóricas, conceituais e de experiências que ganham lugar nos sistemas e nos movimentos que lutam pela saúde.

Esta 4ª edição do prêmio apresenta como novidade a inclusão das experiências exitosas em Gestão Participativa no âmbito da esfera estadual e nas experiências municipais, possibilitou a democratização deste processo, incluindo experiências de municípios de menor porte, por meio da premiação de experiências municipais em duas categorias: experiências exitosas em munícipios com menos de 50 mil habitantes e municípios com mais de 50 mil habitantes.

É compromisso da SGEP, do Conass e do Conasems, promotores do evento, a publicação impressa dos trabalhos que foram premiados e selecionados, colocando em evidência o esforço destes atores e autores, promovendo a socialização das experiências e dos artigos, possibilitando assim uma maior reflexão sobre o tema da participação social na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS). Acreditamos que esta socialização e publicação das experiências desenvolvidas sobre gestão participativa são fundamentais para o fortalecimento da democracia nos serviços do SUS.

Parabenizamos a todos aqueles que trabalham na imensa tarefa de transformar o direito à saúde em ações concretas no cotidiano dos cidadãos brasileiros. Tarefa que significa realizar o sonho de Sérgio Arouca, que é também o sonho de todos nós.

Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa
Conselho Nacional de Secretários de Saúde
Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde

Categoria:

“Experiências Exitosas de Gestão Participativa no âmbito do Estado”

MOBILIZASUS: ESTRATÉGIAS PARA O FORTALECIMENTO DO CONTROLE SOCIAL, DA GESTÃO DEMOCRÁTICA E PARTICIPATIVA DO SUS/BA

Patrícia Dantas de Araújo[1]
Alba da Cunha Alves[2]
Larissa Barros[3]
Luciana Chaves[4]
Tiago Parada Costa Silva[5]
José Carlos da Silva[6]

RESUMO

A participação popular no âmbito das políticas de saúde no Brasil tem representado um grande desafio, tendo desempenhado papel fundamental para o processo de redemocratização e para a formulação do SUS. Além disso, a mesma tem contribuído para uma maior reflexão sobre a ação do controle social na gestão das políticas de saúde e na tomada de decisões. É dentro desta perspectiva que a gestão participativa constitui uma estratégia transversal, um mecanismo de democratização das instituições de saúde e das relações entre sujeitos. Assim, a Secretaria da Saúde do Estado da Bahia, por meio da Superintendência de Recursos Humanos e Diretoria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, comprometida com a democratização do SUS, vem desenvolvendo na Bahia, desde 2007, o Projeto MobilizaSUS, que tem por objetivo promover o fortalecimento da gestão democrática e participativa do SUS, desenvolvendo processos pedagógicos que contribuam para a ampliação e qualificação da participação popular na formulação, gestão e controle social das políticas públicas de saúde. As ações são desenvolvidas de forma microrregional, tendo como estratégias principais a formação de redes de sujeitos coletivos e organização de rodas de conversações e saberes. São elas: Educação permanente com articuladores regionais e facilitadores municipais do MobilizaSUS, Educação permanente com conselheiros municipais de saúde e Curso participação popular, movimentos sociais e direito à saúde. Orienta-se pelos pressupostos da educação permanente e educação

[1] Coordenação Estadual MobilizaSUS/Diretoria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde/Superintendência de Recursos Humanos/Secretaria de Saúde do Estado da Bahia.

[2] Idem.

[3] Idem.

[4] Idem.

[5] Idem.

[6] Diretor de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde/Superintendência de Recursos Humanos/Secretaria de Saúde do Estado da Bahia.

popular, partindo da realidade dos sujeitos envolvidos, que são convidados a refletir a sua prática e construir coletivamente as estratégias para mudanças necessárias e desejadas. Até 2010, 202 municípios (48%), 16 microrregiões de saúde (43%) e 2.640 sujeitos estiveram participando dos processos de formação do MobilizaSUS, despertando e ampliando debates importantes para o fortalecimentos do SUS, além de fortalecer o diálogo com os movimentos sociais de base popular, apontando para a construção compartilhada de uma agenda de debate sobre o SUS e o direito à saúde.

Palavras-chave: Educação popular em saúde. Educação permanente em saúde. Controle social. Gestão democrática. Participação popular.

1 INTRODUÇÃO

O desenvolvimento da participação popular no âmbito das políticas de saúde tem representado um grande desafio. No Brasil, essa participação desempenha papel fundamental para o processo de redemocratização do país, e, particularmente, para a formulação do Sistema Único de Saúde - SUS. Quer seja na organização da sociedade civil, ou institucionalmente deliberada, a mesma tem contribuído para uma maior reflexão sobre a ação do controle social na gestão das políticas de saúde e na tomada de decisões.

A participação popular compreende as diversas ideias e ações que diferentes forças sociais desenvolvem para influenciar a formulação, execução, fiscalização e avaliação das políticas públicas e/ou serviços básicos na área social (saúde, educação, habitação, saneamento básico, etc.). Trata-se da participação política das entidades representativas da sociedade civil em órgãos, agências ou serviços do Estado responsáveis pelas políticas públicas (VALLA, 1998).

A luta social (ressaltando o protagonismo de vários movimentos sociais e populares, e demais atores que incorporam a defesa por ideais coletivos) sempre representou um campo de conquistas por garantias de direitos. A própria saúde garantida enquanto direito de todos os cidadãos é fruto dessas lutas sociais e populares no embate contra interesses societários antagônicos, que disseminam uma visão privatista e mercantilista da saúde. Com a Constituição Federal de 1988, a sociedade adquire uma relevância, até então não reconhecida, enquanto corresponsável e copartícipe nos processos de construção de uma participação efetiva e qualificada no desenvolvimento de políticas públicas, reafirmada no SUS através da Lei 8.142/1990. É dentro desta perspectiva que a gestão participativa constitui uma estratégia transversal, entendida como mecanismo de democratização das instituições de saúde e das relações entre sujeitos, pressupondo abertura e construção de espaços coletivos, inserindo os sujeitos, incorporando suas demandas.

A gestão participativa constitui-se em um conjunto de atividades voltadas ao aprimoramento da gestão do SUS, visando a maior eficácia, eficiência e efetividade, por meio de ações que incluem o apoio ao controle social, à educação popular e à mobilização social (BRASIL, 2007).

Considerando a política ParticipaSUS, o fortalecimento da mobilização e do controle social pode ser efetivado mediante a criação de canais de comunicação entre o cidadão e o governo, por meio da promoção da educação popular, da capacitação de lideranças, conselheiros,

entidades de classe e movimentos populares articulados, pautando-se sempre no princípio da equidade em saúde e garantindo a atenção às especificidades de cada cidadão (BRASIL, 2007).

Na Bahia, o rearranjo das forças políticas no âmbito estadual, nas eleições de 2006, conduziu ao Governo do Estado um conjunto de atores comprometidos com o desenvolvimento da gestão participativa[7], representando uma novidade no cenário político baiano no que concerne ao tema. Isso possibilitou a re-inserção da temática na Agenda Estratégica da Saúde de 2007 (BAHIA, 2007a) e no Plano Estadual de Saúde elaborado no período 2007-2008 (BAHIA, 2009).

A partir de então alguns fatores vieram contribuir para a construção do MobilizaSUS. O primeiro que cabe destacar foi a mobilização em torno da VII Conferência Estadual de Saúde - 7ª CONFERES, preparatória para a XIII Conferência Nacional de Saúde, que contou com a participação de 1600 delegados e representação de 393 municípios (BAHIA, 2007b), números jamais alcançados em conferências anteriores. Outro fato relevante foi a reivindicação apresentada ao Governo por representantes de movimentos sociais de Salvador, demandando participação na construção das Políticas de Saúde na Bahia (BAHIA, 2007d). Para atender a essa reivindicação foi realizado o "I Seminário Regional Movimentos Sociais e Saúde"[8], desenvolvido um mês antes da 7ª CONFERES, com o objetivo de "abrir um canal de diálogo com os movimentos populares, estimulando a coresponsabilidade social em defesa do SUS e de seu fortalecimento" (BAHIA, 2007d). Ao final, contou-se com a participação de 291 pessoas representando 195 movimentos sociais, originando 186 propostas para a nova gestão estadual (BAHIA, 2007d), que foram sistematizadas de acordo com os Eixos da 7ª CONFERES e distribuídas entre os delegados durante a Conferência (BAHIA, 2007e,f,g). A partir das propostas desses seminários relacionadas à participação e controle social, considerando a Política Nacional de Educação Permanente para o Controle Social (BRASIL, 2006) e a Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa para o SUS - ParticipaSUS (BRASIL, 2007), o projeto MobilizaSUS foi construído (BAHIA, 2008b).

---

[7] O programa de governo elaborado durante o período de transição traz explicitamente o compromisso com: "Estímulo à participação e ao controle social, para além de conferências, conselhos (ouvidorias, disque-saúde e pesquisas de satisfação de usuários) e generalização da participação e controle público e democrático sobre unidades de saúde próprias e contratadas ou financiadas pelo SUS" (SOLLA et. al., 2007, p. 9).

[8] Iniciativa da Diretoria de Gestão da Educação e do Trabalho na Saúde - DGETS, da Superintendência de Recursos Humanos da Saúde - SUPERH, que implicou em 7 encontros realizados nas sedes das principais macro-regiões de saúde do Estado da Bahia, através da articulação entre a DGETS, a Diretoria da Atenção Básica da SESAB e os Territórios de Identidade (via Secretaria da Agricultura, Irrigação e Reforma Agrária – SEAGRI) (BAHIA, 2007c).

Nesse sentido, a **Secretaria da Saúde do Estado da Bahia, por meio da Superintendência de Recursos Humanos e Diretoria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde – DGTES**, comprometida com a democratização do Sistema Único de Saúde, vem desenvolvendo desde 2007, o Projeto MobilizaSUS.

2 OBJETIVOS

2.1 Geral

Promover o fortalecimento da gestão democrática e participativa do SUS, desenvolvendo processos pedagógicos que contribuam para a ampliação e qualificação da participação da população na formulação, gestão e controle social das políticas públicas de saúde.

2.2 Específicos

• Potencializar a capacidade loco regional do controle social através da formação de uma rede de Articuladores Regionais e Facilitadores Municipais de Educação Permanente para o controle social;

• Promover espaços de reflexão das práticas de participação popular na lógica da educação permanente e popular para o controle social;

• Estabelecer um canal de diálogo com os movimentos populares, estimulando a corresponsabilidade social em defesa do SUS;

• Qualificar a atuação dos conselheiros de saúde, enquanto sujeitos sociais representantes da sociedade, atuantes na formulação e acompanhamento das políticas públicas de saúde;

• Inserir conteúdo acerca do direito à saúde nas escolas de ensino médio, incentivando o protagonismo juvenil em defesa do SUS.

3 A EXPERIÊNCIA

3.1 Características

A Bahia possui uma população de 14.021.432 habitantes, sendo que 374 municípios possuem menos de 50 mil habitantes, apenas 16 acima de 100 mil. Para a gestão estadual da saúde, está organizada em 09 macrorregiões e 28 microrregiões de saúde, possuindo 31 Diretorias Regionais de Saúde – DIRES (estrutura administrativa da gestão estadual da saúde nas regiões). Associada a essa caracterização do estado da Bahia, pode-se acrescentar algumas considerações a respeito de condicionantes para a construção da gestão participativa. Considerando os estudos de Milani e Dantas Neto, citados por Parada (2010),

> De fato, [...], poderiam ser identificados cinco fatores condicionantes do desenvolvimento de uma gestão participativa na Bahia: a marca das estra-tégias econômicas capitaneadas pelo capital corporativo, proporcionando a construção de anéis burocráticos que obscurecem a dinâmica de representação de interesses; a supressão autoritária do pluralismo em nome de uma modernização conservadora – o 'carlismo', atrofiando a sociedade política; a herança do patrimonialismo que constrói a concepção individual do poder institucional; a separação entre a capital (e o seu Recôncavo) e o interior do estado e a influência dos 'coronéis', que permite a hipótese de haver um 'oriente'[9] no interior baiano; e o 'cimento ideológico que aspira conectar elite e povo' [...], o mito da 'baianidade' (PARADA, 2010, p. 32).

O MobilizaSUS compõe, no Plano Estadual de Saúde 2008/2011, um conjunto de ações com o compromisso de estabelecer uma gestão estratégica, participativa e efetiva do SUS da Bahia, através do fortalecimento da participação e controle social (BAHIA, 2009a). Desenvolve-se de forma intersetorial, tendo sido formulado por meio de um Grupo de Trabalho que articula Saúde, Educação e Ministério Público, através da representação do Conselho Estadual de Saúde – CES, Conselho de Secretários Municipais de Saúde – COSEMS, Diretoria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde – DGTES/Secretaria Estadual de Saúde – SESAB, Ministério Público da Bahia, e Secretaria da Educação do Estado da Bahia – SEC (BAHIA, 2008a).

As ações são desenvolvidas de forma microrregional em todo Estado da Bahia, através da articulação com as DIRES e as Diretorias Regionais de Educação (DIREC), estrutura administrativa regionalizada da gestão estadual da educação, tendo como estratégias principais

---

[9] Referência ao pensamento gramsciano, referindo-se a uma sociedade em que na relação Estado/sociedade prevalece a coerção, caracterizando uma sociedade civil débil, gelatinosa. (PORTELLI apud PARADA, 2010).

a formação de redes de sujeitos coletivos e organização de rodas de conversações e saberes, que se articulam entre si e desencadeiam novos processos para o fortalecimento do controle social e participação popular no SUS. Envolvem conselheiros de saúde, movimentos sociais de base popular, estudantes de graduação da área da saúde, estudantes secundaristas, trabalhadores e gestores do SUS, professores da rede básica de educação, e diversos outros sujeitos que se interessam pela proposta. Essas estratégias tomam forma a partir de ações que se diferem pelos sujeitos, lugar e o papel a que são convidados a desempenhar na rede. São elas:

- **Educação permanente com articuladores regionais e facilitadores municipais do MobilizaSUS -** Processos educativos para formação de articuladores e facilitadores que atuem como animadores da educação permanente para o controle social e gestão democrática e participativa do SUS nas microrregiões de saúde da Bahia. Os articuladores regionais são técnicos das DIRES e DIREC, referências do Ministério Público e de Movimentos Sociais. Esses sujeitos são convidados a contribuir na articulação desses processos no espaço intra e inter microrregião. Os facilitadores são representantes de gestores e trabalhadores da saúde e movimentos sociais, professores e estudantes do ensino médio, que são convidados a contribuir na facilitação desses processos no espaço intra e inter municipal. Os sujeitos são convidados a participar de processos de educação permanente a partir de atividades presenciais (oficinas MobilizaSUS), a nível microrregional, onde são abordados temas relacionados ao direito à saúde, história e princípios do SUS, participação e controle social no SUS, planejamento, orçamento e financiamento em saúde e atividades práticas realizadas no dia-a-dia de suas vivências (vivência práxica);
- **Educação permanente com conselheiros municipais de saúde** - Processos educativos para qualificação da atuação dos conselheiros municipais de saúde que são convidados a fortalecer as instâncias de participação e controle social do SUS, através da organização em redes de saberes e redes de articulação para defesa do SUS e pelo direito à saúde. Diante das experiências e objetivos do Grupo de Trabalho Intersetorial e das demandas dos Conselhos Municipais de Saúde, encaminhadas através do CES, e dos gestores de Saúde, encaminhadas através do COSEMS, o Curso de Capacitação de Conselheiros de Saúde tomou forma e conteúdo, passando a se chamar “SUS de Todos Nós: conhecer para fortalecer”. Tem como objetivo central fortalecer o controle social do SUSBahia, através da qualificação das práticas dos conselheiros em seus municípios. Está dividido metodologicamente em dois módulos: Módulo I: “Conhecendo o SUS e Módulo II: “O

papel do conselho na gestão do SUS". Possui carga horária total de 40h, distribuídas em dois momentos presenciais (módulos I e II) de 16h cada intercalando-se com atividades de mediação práxica (8h) entre esses dois momentos, com intervalo de 30 dias entre o primeiro e o segundo módulo. Está organizado de forma microrregional, reunindo as conselheiras e os conselheiros que compõem cada microrregião em uma mesma oficina, permitindo a troca de experiências e estimulando a formação de redes entre os mesmos. As atividades presenciais consistem em oficinas onde são debatidos temas relacionados à história e princípios do SUS, Lei Orgânica da Saúde (Lei nº 8.080/90), participação e controle social, conselhos e conferências (Lei nº 8.142/90, Resolução 333/2003), orçamento e financiamento da saúde, planejamento em Saúde, pactuações e Pacto pela Saúde, competências e habilidades de conselheiros. As atividades práxicas orientam-se através da realidade de cada conselheira e conselheiro;

• **Curso participação popular, movimentos sociais e direito à saúde -** Processos educativos para fortalecer a atuação dos movimentos sociais de base popular na arena política da saúde, enfocando a participação popular e oportunizando a construção de espaços de interlocução entre os mesmos, para reflexão sobre os desafios de conformação de redes no âmbito da luta pelo direito à saúde. Tem como objetivos o desenvolvimento de processos de reflexão sobre Estado e políticas públicas de saúde; a socialização de experiências de participação popular enquanto dispositivo de luta pela saúde, construídas pelos movimentos sociais em diálogo com experiências de gestão do SUS; a reflexão de ideias e metodologias de planejamento em saúde e planejamento participativo e popular enquanto componente estratégico da participação popular e da gestão no SUS. Tem como público alvo lideranças e militantes dos Movimentos Sociais de base popular e estudantes do curso do Bacharelado Interdisplinar da UFBA. Pensado em parceira com o Instituto de Saúde Coletiva – ISC/UFBA está organizado em 04 módulos presenciais e 03 momentos de vivências práxicas, totalizando 64 horas, sendo 52 horas presenciais e 12 horas de vivência práxica. Nos momentos presenciais são abordados os seguintes temas: sociedade, Estado e democracia; poder e políticas públicas; história, teoria, organização e luta dos movimentos sociais; história e princípios do SUS; organização dos sistemas e serviços de saúde; controle social e participação popular; educação popular e educação permanente em saúde. As vivências práxicas, constituem-se da prática em suas realidades locais de atividades planejadas no momento presencial do curso.

O MobilizaSUS utiliza metodologias participativas, desenvolvendo processos educativos e organizativos que valorizam as diversas experiências no âmbito do SUS e que contribuem para participação mais efetiva da população na formulação, gestão e controle social das políticas de saúde. Opta por posturas que envolvem diálogo, participação, consideração da experiência, construção coletiva, autonomia e reflexão crítica. Orienta-se pelos pressupostos da educação permanente e educação popular, partindo da realidade dos sujeitos envolvidos, que são convidados a refletir a sua prática e construir coletivamente as estratégias para mudanças necessárias e desejadas.

De uma forma geral, no desenvolvimento das oficinas buscam-se utilizar técnicas de construção coletiva das atividades, integrando rodas de conversações e exposições dialogadas, trabalhos em grupo com a utilização de técnicas de animação de grupo, envolvendo música, arte, expressão corporal, práticas de cuidado, dramatização e sistematização, produção de painéis, construção de cartazes, dramatizações – como o Teatro Fórum de Augusto Boal. Os trabalhos são realizados em pequenos grupos com uma média de 25 pessoas por grupo, tendo um facilitador, geralmente técnicos da DGETS, e um apoiador, técnicos das DIRES.

Em relação à seleção dos conteúdos para os processos educativos, toma-se por base as necessidades e interesses apresentados pelos próprios participantes de outros processos realizados pelo MobilizaSUS, considerando-se sempre o que emerge no próprio coletivo que reúne para vivenciar os processos. Vale ressaltar que embora se construam programações para os processos educativos, estes são sempre um desenho flexível, moldando-se a depender das necessidades, realidades de cada microrregião, adequando e redefinindo a programação.

3.2 Potencial inovador

O MobilizaSUS representou uma novidade no cenário da política na Bahia quando da sua formulação (em 2007), muito relacionada ao rearranjo das forças políticas no âmbito estadual (em 2006) e vem demonstrando desde a sua implementação uma inovação no sentido dos métodos e técnicas utilizadas, no estimulo a autonomia dos sujeitos envolvidos, no potencial transformador próprio da educação popular em saúde. Pode-se considerar inovador por ser uma atividade pensada dentro da gestão, mas que se faz com a participação da comunidade e dos sujeitos envolvidos no processo do controle social no SUS.

Muitas dificuldades foram encontradas desde a sua implementação, sendo algumas de âmbito microrregional e municipal e outras, central. No âmbito municipal, como dificuldades mais significativas vivenciadas, foram relacionadas ao poder local, a falta de compromisso e interesse

de alguns gestores com uma gestão estratégica e participativa; desmobilização de alguns conselhos de saúde e desconhecimento de seu real papel na construção da política de saúde; desmotivação de alguns movimentos sociais. No âmbito microrregional, cita-se a dificuldade de diálogo com algumas DIRES e DIREC; o pouco comprometimento com a Política Nacional de Educação Permanente para o Controle Social e a Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa para o SUS de algumas DIRES; o comprometimento desigual na realização das estratégias de ação dos articuladores regionais; a história e cultura vertical e pouco autônoma na formulação das políticas de saúde pelos trabalhadores e trabalhadoras das DIRES e DIREC, que levam os sujeitos a serem meros reprodutores das ações e se sentirem incapacitados de atuarem enquanto sujeitos autônomos. A nível central o grande desafio é desenvolver um projeto que estimula a autonomia dos sujeitos dentro de uma máquina estatal, que muitas vezes dificulta a realização das ações pela própria estrutura histórica e política, pela burocracia e pela disputa de interesses.

3.3 Caráter multiplicador

Como aponta o método, todos os processos do MobilizaSUS possuem o caráter multiplicador, como estímulo ao desenvolvimento de novos processos a partir das vivências, considerando a premissa freireana: ação-reflexão-ação.

Nesse sentido, algumas perspectivas já estão sendo desenhadas como: reformulação de toda a proposta do MobilizaSUS, com o Conselho Estadual de Saúde que se renovou e tomou posse durante a 8ª Conferência Estadual de Saúde realizada este ano; a construção de um projeto de extensão em Educação Popular em Saúde, em parceria com a Universidade Federal da Bahia, articulando as experiências já desenvolvidas na Universidade Federal da Paraíba; formulação de um curso de especialização a partir da experiência do Curso Participação Popular, Movimentos Sociais e Direito à Saúde.

4 RESULTADOS E DISCUSSÕES

Os processos educativos do MobilizaSUS pretendem estimular uma gestão democrática e participativa na Bahia através do incentivo a formas coletivas e emancipatórias de aprendizado e leitura da realidade no cotidiano de saúde no estado, incentivo a participação popular no SUS e a construção do diálogo com as práticas e desejos dos movimentos populares. Possibilitar a inclusão e participação dos sujeitos nesses espaços de discussão é propiciar o exercício da cidadania, atuando na efetivação do sujeito enquanto agente transformador da sociedade.

Nesse sentido, os Quadros 1, 2 e 3 mostram os resultados do MobilizaSUS desde o início de sua implementação, em 2008 até 2010.

Quadro 1 - Realizações do MobilizaSUS em 2008.

REALIZAÇÕES 2008
ARTICULADORES • 01 Encontro de Formação de Articuladores Regionais em Salvador (200 participantes) • 07 Encontros Macrorregionais com Articuladores (Macrorregiões: Ibotirama, Juazeiro, Vitoria da Conquista, Itabuna, Itaberaba, Feira de Santana, Salvador) - 142 Articuladores mobilizados FACILITADORES • 02 Oficinas Microrregionais de Formação de Facilitadores (Microrregiões: Valença e Brumado) - Aproximadamente 140 facilitadores mobilizados - 36 municípios envolvidos
864 participantes

Fonte: Relatório Anual de Gestão da Diretoria de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde / Superintendência de Recursos Humanos / Secretaria de Saúde do Estado da Bahia, 2008.

Quadro 2 - Realizações do MobilizaSUS em 2009.

REALIZAÇÕES 2009
ARTICULADORES • 05 Encontros Macrorregionais de Formação de Articuladores enfocando a Educação Permanente e Educação Popular com 64 participantes - Juazeiro – Macrorregião Norte - Feira de Santana – Macrorregião Centro leste - Salvador - Macrorregião leste e Nordeste - Ilhéus – Macrorregião Sul e Extremo Sul - Ibotirama – Macrorregião Oeste e Centro-norte • 01 Videoconferência envolvendo 14 DIRES e 03 DIREC em Feira de Santana, Vitória da Conquista e Salvador e 40 participantes, com o objetivo de experimentar e validar nova estratégia de tecnologia e dar capilaridade às ações do MobilizaSUS. FACILITADORES • 09 Oficinas Microrregionais de Formação de Facilitadores (Ilhéus, Itabuna, Itapetinga, Irecê, Jacobina, Ibotirama, Alagoinhas, Cruz das Almas, Santo Antonio e Amargosa) - 864 facilitadores mobilizados - 01 por Videoconferência (Irecê e o município de Juazeiro) - 128 municípios envolvidos

Fonte: Relatório Anual de Gestão da Diretoria de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde / Superintendência de Recursos Humanos / Secretaria de Saúde do Estado da Bahia, 2009.

Quadro 3 - Realizações do MobilizaSUS em 2010.

REALIZAÇÕES 2010
12 microrregiões contempladas com o curso de Educação Permanente para Conselheiros Municipais de Saúde (redirecionamento das ações do MobilizaSUS) • 07 microrregiões (Ilhéus, Itapetinga, Irecê, Itabuna, Ibotirama, Jacobina e Valença) com formação de facilitadores. • 05 microrregiões (Salvador, Camaçari, Santa Maria da Vitória, Vitória da Conquista e Juazeiro) sem formação de facilitadores.
• 1344 participantes - 1424 conselheiros municipais de saúde e facilitadores - 60 militantes de movimentos sociais (02 turmas do Curso Participação Popular, Movimentos Sociais e Direito à Saúde)

Fonte: Relatório Anual de Gestão da Diretoria de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde / Superintendência de Recursos Humanos / Secretaria de Saúde do Estado da Bahia, 2010.

Ao total foram 202 municípios, 16 microrregiões de saúde e 2640 sujeitos participantes nos processos de formação do MobilizaSUS, envolvendo articuladores, facilitadores, conselheiros de saúde e lideranças de movimentos sociais.

Dos 417 municípios da Bahia, 202 (48%) estiveram envolvidos nos processos de formação do MobilizaSUS desde a sua implementação e das 28 microrregiões de saúde da Bahia, o MobilizaSUS atingiu um percentual de 43% do total de microrregiões (16 microrregiões). Percebe-se que o número de municípios e regiões atingidas chega quase a 50%, o que demonstra que ainda há necessidade da ampliação das ações para outras regiões da Bahia, porém sabe-se que as dificuldades encontradas e já citadas anteriormente foram fatores dificultadores do crescimento desses números.

A partir das falas dos sujeitos participantes dos processos educativos, podemos considerar uma certa ampliação do debate sobre os sentidos e significados da luta pelo direito à saúde, a participação popular e o controle social do SUS; a ampliação do conhecimento dos participantes sobre o SUS, reconstrução da visão sobre o SUS e sobre o seu protagonismo na luta pela efetivação do direito a saúde, como pode ser visto nas falas abaixo.

> [...] um novo olhar do que somos como conselheiros, diferente de tudo que tínhamos sobre a questão do conselho de saúde...estamos com os ouvidos bem mais "sabidos" e comprometidos em executar a função de conselheiros... (Facilitador Municipal - professor)

> Foi um momento importante de reflexão, rever algumas práticas; de muita inquietação e fortalecimento no sentido de continuar acreditando num outro mundo possível. (Facilitador Municipal - estudante)

> A minha visão e vivência do SUS era que é um sistema falido e precário, mas não por falta de investimento, mas por falta de vontade...durante o curso aprendi que o SUS é um sistema modelo e que cada um de nós somos parte dessa construção. (Conselheira Local de Saúde - usuária)

> Saí enxergando melhor a realidade dos conselhos...através destes encontros os horizontes vão sendo abertos...me sinto mais segura e fortalecida (Conselheira Municipal de Saúde - gestora)

> Agora posso ver com melhor clareza que nós somos o SUS e que podemos fazer a diferença, se buscarmos nos interagir cada vez mais nesta rede... (Conselheiro Municipal de Saúde - trabalhador)

Outro ponto muito importante, que pode ser observado na fala abaixo, foi a possibilidade de construção de redes para o fortalecimento do controle social.

"Ao longo do processo construir "redes" para fortalecimento do conselho, da entidade e da luta!" (Conselheira Municipal de Saúde-trabalhadora)

Pode-se observar ainda que os processos educativos, desenvolvidos pelo MobilizaSUS, trazem a possibilidade de fortalecimento do diálogo com os movimentos sociais de base popular, apontando para a construção compartilhada de uma agenda de debate sobre o SUS e o direito à saúde.

5 CONCLUSÃO

Para a consolidação do SUS, a formulação da política de saúde deve emergir dos espaços onde acontece a aproximação entre a construção da gestão descentralizada e participativa, o desenvolvimento da atenção integral à saúde e o fortalecimento da participação popular, com poder deliberativo (BRASIL, 2007).

A gestão participativa requer a adoção de práticas e mecanismos que efetivem a participação da comunidade e dos profissionais de saúde na formulação e fiscalização das políticas de saúde. Isso pressupõe a ampliação de espaços públicos e coletivos para o exercício do diálogo e da pactuação das diferenças, de forma a construir um conhecimento compartilhado sobre saúde, preservando a subjetividade e a singularidade presentes na relação de cada indivíduo e da coletividade e principalmente estimulando a autonomia (BRASIL, 2007).

O MobilizaSUS, desde a sua implantação, vem desenvolvendo processos educativos para o fortalecimento da participação popular no SUS e possibilitando a construção de espaços de diálogo e construção de estratégias para o fortalecimento do controle social no SUS. Entretanto, apesar dos avanços, sua implementação tem revelado a dimensão do desafio de se efetivar uma gestão participativa do SUS, evidenciando os limites do Estado e a histórica carência da sociedade pela vivência de processos democráticos participativos. Considerando as discussões de Mário Testa (1992) sobre o poder nas organizações de saúde, podemos considerar que há fragilidades e limites relacionados à mobilização de poderes político, administrativo e técnico por parte dos atores envolvidos no âmbito institucional, associadas, entretanto, a uma potência transformadora do método (PARADA, 2010).

Dada a necessidade de avaliações mais aprofundadas sobre a vivência do MobilizaSUS na Bahia, em termos de resultados de âmbito pragmático na democratização da saúde e de âmbito subjetivo para os sujeitos que participam da mesma, não cabe aqui um texto conclusivo. Entretanto essa vivência aponta que precisa-se ainda ser mais inventivos e ousados, na radicalização da democracia na construção do direito á saúde. Precisa-se dar conta de construir condições de espaço, tempo e sujeitos para forçar os limites da instituição para a participação popular, ao tempo em que se luta para a construção de outra hegemonia em termos de valores na sociedade, resgatando conceitos como solidariedade, amorosidade e respeito, ratificando-se assim o lugar estratégico da Educação Popular em Saúde.

REFERÊNCIAS

BAHIA. Secretaria da Saúde do Estado. Assessoria de Planejamento. **Agenda estratégica da saúde 2007**. Salvador: SESAB, 2007a.

_____. Secretaria da Saúde do Estado. Assessoria de Planejamento. **Relatório de Gestão 2007**. Salvador: SESAB, 2007b.

_____. Secretaria da Saúde do Estado. Assessoria de Planejamento. **Plano Estadual de Saúde**: gestão 2007-2010. Salvador: SESAB, 2009a.

_____. Secretaria da Saúde do Estado. Superintendência de Recursos Humanos. Diretoria de Gestão da Educação e do Trabalho na Saúde. **Relatório**: I Seminário regional movimentos sociais e saúde. Salvador: SESAB, 2007d.

_____. Secretaria de Planejamento. Superintendência de Recursos Humanos. Diretoria de Gestão da Educação e do Trabalho na Saúde. **MobilizaSUS**: estratégia para fortalecimento do controle social e da gestão democrática e participativa do SUS. 2008a. Disponível em: <www. saude.ba.gov.br/Mobilizasus>. Acesso em: 15 mar. 2010.

_____. Secretaria de Planejamento. Superintendência de Recursos Humanos. Diretoria de Gestão da Educação e do Trabalho na Saúde. **MobilizaSUS**: estratégia para o fortalecimento do controle social. Salvador: SESAB, 2007c.

_____. Secretaria de Planejamento. Superintendência de Recursos Humanos. Diretoria de Gestão da Educação e do Trabalho na Saúde. **MobilizaSUS**: estratégia para o fortalecimento do controle social, o SUS é uma escola de cidadania. Salvador, 2008b.

_____. Secretaria de Planejamento. Superintendência de Recursos Humanos. Diretoria de Gestão da Educação e do Trabalho na Saúde. **Relatório síntese das propostas**: eixo I. Salvador: SESAB, 2007e.

_____. Secretaria de Planejamento. Superintendência de Recursos Humanos. Diretoria de Gestão da Educação e do Trabalho na Saúde. **Relatório síntese das propostas**: eixo II. Salvador: SESAB, 2007f.

_____. Secretaria de Planejamento. Superintendência de Recursos Humanos. Diretoria de Gestão da Educação e do Trabalho na Saúde. **Relatório síntese das propostas**: eixo III. Salvador: SESAB, 2007g.

BRASIL. Ministério da Saúde. CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE (Brasil). **Política nacional de educação permanente para o controle social no Sistema Único de Saúde – SUS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa no SUS – ParticipaSUS**. Brasília, 2007.

PARADA, T. C. S. **MobilizaSUS na Bahia**: emergência, desenvolvimento e contradições do cotidiano institucional. 2010. 82 f. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde Coletiva) – Instituto de Saúde, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2010.

SEMINÁRIO REGIONAL MOVIMENTOS SOCIAIS E SAÚDE, 1., 2007, Salvador. **Relatório...** Salvador, SESAB, 2007.

SOLLA, J. J. P. et al. Saúde e qualidade de vida na Bahia: políticas de estado e desenvolvimento. **Revista Baiana de Saúde Pública**, Salvador, v. 31, supl. 2, p. 9-26, set. 2007.

TESTA, M. **Pensar em Saúde**. Porto Alegre: Artes médicas/ABRASCO, 1992.

VALLA, V. V. Sobre participação popular: uma questão de perspectiva. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 14, supl. 2, p. S07-S18, 1998.

O TRABALHO DAS OUVIDORIAS COMO CANAL PARA A GARANTIA DE DIREITOS: UMA EXPERIÊNCIA DO INSTITUTO ESTADUAL DE DIABETES E ENDOCRINOLOGIA LUIZ CAPRIGLIONE - IEDE/RJ

Marlucia da Silva Rodrigues Félix[1]
Rosiléia Chagas dos Anjos[2]
Vanja Reis Osório[3]

RESUMO

Este artigo é fruto da experiência da equipe da Ouvidoria do Instituto Estadual de Diabetes e Endocrinologia Luiz Capriglione/ IEDE-RJ, e tem por objetivo compartilhar nosso êxito profissional na implantação da Ouvidoria nesta unidade hospitalar. No texto a seguir, mostraremos a trajetória histórica das Ouvidorias no Brasil, sua implementação no âmbito da saúde e no IEDE, bem como os resultados causados pelas atividades desenvolvidas pela Ouvidoria do IEDE em seu primeiro ano de funcionamento e quais os impactos sobre a vida dos cidadãos deste hospital.

Palavras-chave: Ouvidoria. Saúde. Instituto Estadual de Diabetes e Endocrinologia Luiz Capriglione.

[1] Assistente Social formada pela Universidade Federal Fluminense –UFF/RJ. Mestranda em Educação Profissional em Saúde da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (EPSJV/ FIOCRUZ). Endereço: Alameda Dom Pedro II, 551, Apto: 201 – Venda da Cruz – São Gonçalo – RJ. CEP: 24.410-150. Coordenadora da Ouvidoria do Instituto Estadual de Diabetes e Endocrinologia Luiz Capriglione – IEDE/RJ.
[2] Assistente Social formada pela Universidade Federal Fluminense – UFF/RJ. Endereço: Rua dos Colibris, Lote 2, Quadra G – Colinas – Maricá – RJ. CEP:24.900-000. Ouvidora Assistente do IEDE. Assistente Social do Plantão Social da Secretaria de Assistência Social. Prefeitura Municipal de Maricá - RJ.

1 INTRODUÇÃO

O presente trabalho é fruto da experiência profissional da equipe de Ouvidoria do Instituto Estadual de Diabetes e Endocrinologia Luiz Capriglione - IEDE/RJ. No mês de setembro de 2010, a Ouvidoria Geral da Secretaria de Saúde do Estado do Rio de Janeiro recebeu a contratação de novos profissionais Assistentes Sociais e Psicólogos para atuarem nas Ouvidorias descentralizadas do Estado; o IEDE foi contemplado com a lotação de 4 profissionais para atuarem em sua Ouvidoria. Durante aquele ano não havia profissionais no setor por falta de recursos humanos, o que implicava numa sobrecarga de atendimentos direcionados à Diretoria Administrativa da unidade, não havendo um espaço específico para a escuta do cidadão e solução de problemas que ocorriam no instituto desde maio de 2009 até aquele momento.

Para entendermos sobre a Ouvidoria do IEDE, precisamos primeiramente compreender o que é Ouvidoria, para que serve, como surgiram as Ouvidorias Públicas no Brasil que datam a partir do processo de democratização do país, além de compreendermos o surgimento das Ouvidorias Públicas na saúde que perpassam pelo processo de controle social e participação da comunidade no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

O conceito de Ouvidoria surgiu na Suécia, em 1809, quando o parlamento elegia uma pessoa, o Ombudsman (ombuds= representante; man= homem), para atuar como defensor dos interesses do povo, servindo como uma ponte entre o Governo e a população. A palavra Ouvidor vem desde o Brasil-Colônia e tem, basicamente, o mesmo significado de Ombudsman: representante do povo. A diferença entre as duas palavras está no tipo de relação. O Ombudsman representa o cliente e está ligado às instituições privadas, já o Ouvidor defende o cidadão e está relacionado às instituições públicas.

De acordo com a Associação Brasileira de Ombudsman (ABO), Podemos considerar a Ouvidoria Pública como um órgão de controle que visa à eficiência da Administração Pública, ou seja, a satisfação do cidadão.

> Grande parte das Ouvidorias no Brasil está dentro do poder executivo, atuando no controle interno destes órgãos. Desta forma, quando temos gover-nantes preocupados com a qualidade dos serviços, o próprio executivo recebe as demandas e imediatamente toma as medidas corretivas com rapidez e eficiência. (ABO, 2010).

> Ser ouvidor é saber ouvir para conhecer, com profundidade, o problema do outro que está a sua frente, saber se colocar no lugar dele, ouvir com paciência e atender sem preconceitos as suas dificuldades e necessidades. As opiniões dos pacientes deverão ser consideradas, nada pessoal, o elogio ou a crítica é para a Instituição Pública, logo a Ouvidoria deve propor soluções para resolver os problemas. A nossa responsabilidade é

> com o resultado e, para isso faz-se necessário habilidade na condução de todo o processo de atendimento aos pacientes, e, para esta condução ser bem sucedida, é preciso ter amplo conhecimento de todas as áreas do atendimento aos pacientes. (ABO, 2010)

As primeiras ouvidorias públicas do Brasil surgiram a partir do processo de democratização do país, sendo a primeira instalada em Curitiba (PR), em seguida, foram surgindo diversas ouvidorias em todo o Brasil e seguindo este processo, foram surgindo também as ouvidorias da saúde.

> Nas esferas do governo, a prefeitura de Curitiba (PR) foi a primeira a oferecer um serviço de atendimento ao cidadão disponível desde 1986. Até 2002, no país haviam apenas 40 Ouvidorias vinculadas ao governo federal, número que triplicou em dois anos chegando em 120 organizações em 2006. As Ouvidorias Públicas fazem parte do bloco estruturado pela Ouvidoria Geral da União (órgão ligado a Controladoria Geral da União – CGU) (BRASIL, 2010)

A VIII Conferência Nacional de Saúde, realizada em Brasília no ano de 1986, considerada como o marco histórico para o processo de democratização da saúde pública no Brasil, abriu a possibilidade para a implantação de um modelo de saúde mais democrático, em oposição ao modelo autoritário e excludente em vigência na época. A partir dali, ficou acordado que o controle social e a descentralização política e administrativa seriam elementos importantes na garantia do direito universal e igualitário à saúde, objetivo central da Reforma Sanitária Brasileira.

Tal iniciativa abriu precedentes para a participação da comunidade na política de saúde a partir da Constituição Federal de 1988. No ano de 1990 surge a Lei Orgânica da Saúde (LOS), que possui dentre outros princípios, a participação da comunidade.

Assim estabelece a Lei nº 8.080/90:

> Art. 7º As ações e serviços públicos de saúde e os serviços privados con-tratados ou conveniados que integram o Sistema Único de Saúde (SUS), são desenvolvidos de acordo com as diretrizes previstas no art. 198 da Constituição Federal, obedecendo ainda aos seguintes princípios (...):
>
> VIII- participação da comunidade

Entretanto, somente a partir da aprovação da Lei nº 8142/90 complementando a Lei nº 8080/90 é que fica explicitado que as instâncias responsáveis pela "gestão pública do SUS" deveriam ser as Conferências e os Conselhos de Saúde, a serem criados em todos os níveis de governo Federal, Estadual e Municipal.

A Lei nº 8142/90, regulamenta também sobre a composição desses Conselhos que devem observar a paridade simples entre representantes dos "usuários" e "prestadores" de serviços de

saúde, entendidos, como constituídos por três segmentos, quais sejam, os representantes do governo, dos profissionais de saúde e dos prestadores privados.

Reafirma ainda que a concepção de que

> a gestão pública do SUS é essencialmente democrática e estabelece que os Conselhos de Saúde, nos três níveis (federal, estadual e municipal), devem funcionar em caráter permanente e deliberativo, devendo atuar na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde, incluindo os aspectos econômicos e financeiros (MOLESINI, 1999).

Com as mudanças ocorridas nas últimas décadas, as Ouvidorias vêm assumindo cada vez mais um papel de mediador entre as empresas públicas e o cidadão, além de colaborar com o Controle Social já realizado pelos Conselhos e Conferências.

> Nas duas últimas décadas, observou-se que o sistema de saúde brasileiro passou por reformas que determinaram o redimensionamento das políticas públicas no âmbito nacional, estadual e municipal, com repercussões nas instituições prestadoras de serviços. Algumas dessas políticas resultaram na criação de serviços de ouvidoria (SO), serviços de atendimento ao cliente (SAC) ou de centrais de atendimento ao usuário (CAU), implantados em alguns órgãos governamentais e em instituições públicas e privadas. Em órgãos governamentais da área da saúde, esses serviços foram instalados em ministérios e secretarias estaduais e municipais. No caso de institui-ções prestadoras de serviços, constatou-se que hospitais públicos e privados estabeleceram suas próprias políticas gerenciais que, embora internamente definidas, acompanharam as propostas nacionais para a área da saúde. (PEREIRA, 2002)

O Estado brasileiro está passando por profundas reformas. Uma delas, que tem sido bastante discutida, é a inclusão, através da Emenda Constitucional n° 19/98, do princípio da eficiência como princípio Constitucional, neste sentido, o artigo 37 da Constituição diz que:

> Art. 37. A administração pública direta e indireta de qualquer dos Poderes da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios obedecerá aos princípios de legalidade, impessoalidade, moralidade, publicidade e eficiência[...]. (BRASIL, 1988)

Além da inclusão deste novo princípio foi determinado no § 3º do mesmo artigo que os órgãos públicos mantenham serviços de atendimento ao usuário e que a qualidade dos serviços públicos seja avaliada periodicamente. A avaliação deverá ser tanto externa como interna, ou seja, os órgãos deverão se estruturar para realizarem autoavaliações periódicas quanto à qualidade dos serviços prestados, os quais também sofrerão a avaliação do controle externo.

> § 3º A lei disciplinará as formas de participação do usuário na administração pública direta e indireta, regulando especialmente:
>
> I- as reclamações relativas à prestação dos serviços públicos em geral, asse-guradas a manutenção de serviços de atendimento ao usuário e a avaliação periódica, externa e interna, da qualidade dos serviços; (BRASIL, 1988)

O trabalho das ouvidorias hospitalares no âmbito do SUS foi criado com o objetivo de colaborar com o Controle Social desenvolvido através dos Conselhos e Conferências de Saúde institucionalizados através da Lei nº 8.142/1990, e está inserido como uma das diretrizes da Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa – ParticipaSUS. O trecho abaixo é uma reprodução na íntegra do ParticipaSUS:

> A gestão participativa deve constituir-se estratégia transversal, presente nos processos cotidianos da gestão do SUS. Deliberar junto significa mais do que realizar o controle social - e este é o efetivo desafio apresentado à gestão participativa. Os fundamentos legais instituem os Conselhos e Conferências de Saúde, que vêm mobilizando trabalhadores de saúde, gestores e usuários no controle social do SUS. No entanto, a democracia participativa na gestão pública requer a adoção de práticas e mecanismos inovadores que forneçam a dimensão necessária à gestão participativa. Para fins de delineamento do campo de conceituação da gestão participativa, suas práticas e mecanismos podem ser agrupados de acordo com as instituições, atores e segmentos sociais envolvidos:
>
> - Mecanismos institucionalizados de controle social, representados pelos Conselhos de Saúde e Conferências de Saúde, envolvendo o governo e a sociedade;
>
> - Mecanismos de escuta permanente das opiniões e demandas da população - que devem ser valorizadas nas decisões e encaminhamentos da gestão cotidiana dos serviços e do sistema, atualmente identificados, principalmente, pelas ouvidorias do SUS, verificação de opiniões de usuários e as consultas públicas [...]. (BRASIL, 2005)

Assim, a Ouvidoria passa a ser o 7º dispositivo do ParticipaSUS, cujo papel é de realizar escuta contínua das necessidades e demandas da população, processando estas informações para serem utilizadas como ferramentas para a gestão nas distintas esferas do SUS.

As ouvidorias de Saúde Pública são uma exigência do Ministério da Saúde conforme artigo 29, I, do Decreto Presidencial n° 5.974/2006 – "instrumento normativo que dispõe acerca da estrutura regimental do Ministério da Saúde e respectivas competências das áreas que o integram". Dentro do conjunto de atividades voltadas ao aprimoramento da gestão do SUS visando maior eficácia, eficiência e efetividade, surgem as Ouvidorias de Saúde Pública com vistas a contemplar a melhoria da atenção à saúde da população, conforme determinação governamental. (BRASIL, 2006)

Conforme apresentação realizada pelo Diretor do Departamento da Ouvidoria Geral do SUS/ DOGES, Dr. Adalberto Fulgêncio dos Santos Júnior, durante o I Seminário de Ouvidorias do SUS no Estado do Rio de Janeiro, realizado nos dias 16 e 17 de agosto de 2010:

> A origem da ouvidoria do Sistema Único de Saúde foi em outubro de 1996 com a criação do Pergunte AIDS; no mês de junho de 1997 houve expansão para o Disque Saúde; no mês de maio de 2001 houve a criação do Disque Pare de Fumar; em março de 2003, a criação do Disque Saúde Mulher e em setembro do mesmo ano houve a criação do Disque Medicamentos". No ano de 2003 houve uma unificação

> dos serviços: Disque- saúde, Pró-saúde e SAC SUS, transformando-se no que hoje conhecemos como Departamento da Ouvidoria Geral do SUS/ DOGES, criado por meio do Decreto nº 4.726, em 09 de junho de 2003. Este Departamento na estrutura organizacional do SUS encontra-se na Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa do SUS e é um dos dispositivos presentes na Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa no SUS – ParticipaSUS. Além da Ouvidoria, há outros departamentos nesta política: Gestão participativa e controle social, Monitoramento e avaliação da gestão e Auditoria. (RIO DE JANEIRO, 2010).

Deste modo, foram implantadas Ouvidorias na área da saúde em todas as esferas do governo. No Rio de Janeiro, desde 2005 foram iniciados os trabalhos, primeiramente na Secretaria Estadual de Saúde (SES) e em seguida, nos hospitais e municípios. Alguns hospitais estão ainda iniciando o trabalho de suas ouvidorias, assim como na maioria dos municípios.

A importância deste trabalho se dá por ser um tema contemporâneo, ainda pouco discutido dentro das Conferências de Saúde, e que vem se delineando com o passar do tempo numa ferramenta de gestão bastante eficaz, com um papel social desafiador e transformador da sociedade à medida que contribui para uma melhor articulação entre as instituições públicas de saúde e os cidadãos atendidos, buscando soluções para conflitos e detectando as reais necessidades da instituição de acordo com suas especificidades.

2 OBJETIVO DA EXPERIÊNCIA

Compartilhar a experiência vivida pela equipe de Ouvidoria do Instituto Estadual de Diabetes e Endocrinologia Luiz Capriglione - IEDE/RJ, apontando sua trajetória bem sucedida de gestão participativa no âmbito do Estado do Rio de Janeiro, como uma ferramenta estratégica para a gestão e um canal para a garantia de direitos dos cidadãos.

3 APRESENTAÇÃO DA EXPERIÊNCIA

Para apresentarmos a experiência da equipe de Ouvidoria do IEDE, primeiramente, falaremos a respeito do Instituto Estadual de Diabetes e Endocrinologia Luiz Capriglione – IEDE, que é um hospital público especializado e de suma importância para o tratamento de doenças endócrinas no estado do Rio de Janeiro.

> O Instituto Estadual de Diabetes e Endocrinologia – IEDE surgiu em 1967, quando o Centro de Diabetes do Hospital Geral Moncorvo Filho, se tornou instituto autônomo especialista em endocrinologia e diabetes – o primeiro do Rio de Janeiro. Desde então, diversas atividades pioneiras foram desenvolvidas: cursos de especialização em diabetes e endocrinologia, a primeira residência médica em endocrinologia e metabologia do Brasil, congressos, entre outras. Dr. Ricardo Meirelles, diretor há mais de 20 anos, explica que as atividades do IEDE são reconhecidas nacionalmente e que a unidade oferece curso de Pós-Graduação em um convênio com a PUC-RJ há mais de 40 anos. Os professores do curso são médicos do instituto, que forma a maior parte dos endocrinologistas do Estado. A existência do IEDE e todo o trabalho realizado nesse hospital são de extrema relevância para a medicina. Hoje, as duas maiores epidemias mundiais que podem levar à morte são endócrinas: obesidade e diabetes. (RIO DE JANEIRO, 2009)

Com mais de 72 mil pacientes cadastrados desde a sua fundação até o presente momento, torna-se muito importante a presença de uma ouvidoria na unidade para atender aos cidadãos pacientes e familiares ou aqueles que desejam o tratamento na instituição, visto que o instituto atende mensalmente cerca de 4 mil pacientes distribuídos entre os ambulatórios de diabetes, Unidade do Pé Diabético, de endocrinologia (tiroide, andrologia, disforia de gênero, hipófise, etc.), o GOTA (Grupo de Obesidade e Transtorno Alimentar), etc.

> Em 1991, a Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro (SES-RJ), por meio da Resolução GAB nº 653, determinou ao Instituto a competência para coordenar o Programa de Triagem Neonatal em todo o Estado. O Programa Primeiros Passos de Triagem Neonatal, Serviço de Referência em Triagem Neonatal oficial do Estado do Rio de Janeiro, tem como objetivo o diagnóstico e tratamento do Hipotireoidismo Congênito, Fenilcetonúria e Hemoglobinopatias e conta com a infraestrutura do IEDE e do Instituto Estadual de Hematologia Arthur Siqueira Cavalcanti (Hemorio). Em razão da forte procura por tratamentos para crianças menores de 12 anos, o IEDE também criou, em 2003, o Ambulatório de Endocrinologia Pediátrica (Instituto Fernandes Figueira (IFF/Fiocruz) (BRASIL, 2010).

Ao chegarmos à unidade para iniciarmos os trabalhos da Ouvidoria, encontramos um ambiente bastante propício para nossa atuação, visto que a diretoria da unidade conclamava pela presença de uma Ouvidoria naquele instituto. Este setor encontrava-se fechado desde 2009, quando ocorreu a aposentadoria da antiga ouvidora da unidade, Srª Eugênia de O. Santos,

que coordenou aquela ouvidoria durante 1 ano e 7 meses. A ouvidora era Assistente Social do Instituto lotada diretamente na unidade desde o ano de 1986 e atuava sozinha na Ouvidoria.

A enfermeira Claudia Regina Carvalho Martins, foi treinada para assumir o trabalho na Ouvidoria, porém a enfermeira nem chegou mesmo a exercer, pois faleceu. Depois do ocorrido não houve convocação de profissionais para o trabalho na Ouvidoria e o único canal de comunicação do cidadão ficou sendo um livro de ocorrência disponibilizado pela administração, onde ali faziam os seus relatos que eram resolvidos, na maioria das vezes, pela própria diretoria administrativa, não havendo um espaço de escuta.

Somente após a contratação de novos profissionais através do Concurso Público Temporário realizado pela CEPERJ/FESP em 2008, é que a Ouvidoria Geral da Secretaria Estadual de Saúde do Rio de Janeiro – SES/RJ pôde distribuir novos ouvidores para as ouvidorias descentralizadas da Secretaria, enviando 4 profissionais para esta unidade de saúde, para cumprimento de carga horária de 24h semanais conforme edital do concurso. Como o IEDE é um hospital de especialidades e não possui emergência, a ouvidoria não permanece aberta por 24 horas e sim no período de segunda à sexta-feira das 8h às 17h.

Dada a relevância deste hospital por ser referência nacional e internacional para o tratamento de doenças endócrinas, a presença de uma ouvidoria na unidade se faz muito necessária para contribuir com o instituto buscando sempre melhorias no atendimento à população a fim de que o mesmo mantenha o grau de excelência nos serviços prestados.

Durante 1 ano de atuação desta nova equipe de Ouvidoria, verificamos um forte impacto nos setores técnicos e administrativos na unidade e percebemos a importância de estarmos compartilhando nossa exitosa experiência com os demais segmentos no âmbito da saúde, com vistas a contribuirmos com a troca de conhecimentos para encorajarmos demais ouvidorias estaduais a também compartilharem suas experiências e proporem cada vez mais, alternativas para a melhoria na qualidade dos serviços prestados aos cidadãos.

Para tanto, descrevemos abaixo maiores detalhes sobre o processo e métodos utilizados nesta experiência.

3.1 Descrição do processo e métodos utilizados

A Ouvidoria do IEDE é um espaço público de participação do cidadão, é uma representação direta do cidadão junto à instituição, onde ele passa a ser ouvido diretamente e passa a ter voz diante dos gestores da unidade.

Podem usufruir do atendimento da Ouvidoria, todos os pacientes do IEDE, além de seus familiares e acompanhantes, e ainda, cidadãos que desejam ser atendidos e que por algum motivo, não conseguem acesso ao atendimento.

Além disso, os servidores e demais profissionais do hospital também podem utilizar a Ouvidoria como um canal para a garantia de seus direitos sempre que julgarem necessária sua intervenção, por sua vez, será analisado caso a caso antes que a ouvidoria tome partido em qualquer situação, agindo sempre com neutralidade e imparcialidade, garantindo o sigilo das manifestações sempre que necessário.

A Ouvidoria do IEDE está ligada diretamente à Ouvidoria Geral da Secretaria do Estado de Saúde (SES) e a equipe possui autonomia administrativa para atuar na unidade. No processo de trabalho atual, a equipe está divida entre 1 Ouvidora (Assistente Social/ Coordenadora) e 2 Ouvidoras Assistentes (1 Assistente Social e 1 Psicóloga), ambas são plantonistas e atuam de segunda à sexta-feira das 8h às 17h.

O local de atendimento é adequado para a ouvidoria, onde atua somente esta equipe profissional. A sala de atendimento localiza-se num corredor próximo a vários ambulatórios médicos, possui fácil acesso, inclusive para deficientes. Diariamente há pelo menos 1 ouvidora no local. A sala possui ar-condicionado, filtro de água, uma mesa para atendimento, telefone e duas cadeiras para atendimento dos cidadãos, um armário para guardarmos todos os documentos e arquivos de atendimentos, uma mesa com computador e impressora. No corredor, foi colocado um sofá para a espera dos pacientes e ainda, um quadro, onde disponibilizamos mensalmente os elogios que recebemos dos pacientes e familiares.

Todos os elogios recebidos são enviados ao diretor geral da unidade com cópia para as respectivas chefias dos profissionais elogiados, a fim de que estes sejam publicamente reconhecidos por sua boa atuação profissional. Isto vem incentivando tanto os pacientes que cada vez elogiam mais, quanto os profissionais que ficam muito satisfeitos com o reconhecimento e por isso, dedicam-se com mais afinco ao atendimento.

De acordo com a apresentação da Ouvidora Geral da Secretaria de Saúde do Estado, Márcia Lopes, durante o I Curso de Capacitação em Ouvidoria – SES, realizado nos dias 18 e 19 de novembro de 2010,

> Os objetivos da ouvidoria devem ser claros, sendo esses os principais: ampliar a participação do cidadão na gestão / organização; possibilitar que a instituição avalie continuamente a qualidade dos serviços prestados; subsidiar o gestor na tomada de decisão, informando, através de seus relatórios, os indicadores de satisfação do cidadão. A Ouvidoria não deve agir com imediatismo; atuar como central de atendimento; apurar denúncias e irregularidades, ou realizar auditorias; desempenhar ações de assistencialismo e paternalismo. (RIO DE JANEIRO, 2010).

Ainda na mesma apresentação durante o I Curso de Capacitação em Ouvidoria – SES (2010), Márcia Lopes sinaliza que,

> Cada manifestação deverá ser tratada como um processo único, contendo os seguintes passos: 1°- Acolhida pelo ouvidor; 2°- Avaliada e analisada; 3°- Encaminhada para área envolvida; 4°- Analisada pela área envolvida; 5°- Enviada resposta pela área envolvida; 6°- Avaliada a resposta pelo ouvidor, e 7°- Encaminhada a resposta para o cidadão. (RIO DE JANEIRO, 2010).

Seguindo estes 7 passos é que a Ouvidoria do IEDE vem desempenhando com êxito o seu papel e obtendo resultados concretos junto à gestão e principalmente, junto à população atendida.

Para a divulgação deste serviço na unidade, foram utilizados os seguintes recursos: urnas para acolhimento das manifestações, e-mail institucional, telefone e atendimento presencial pela equipe. Foram distribuídos folders de divulgação do trabalho da Ouvidoria para os cidadãos e para os profissionais de saúde lotados no instituto que também passaram a utilizar este canal em defesa de seus direitos. Foram realizadas reuniões com os diretores, coordenadores e chefias da unidade e distribuídas circulares explicando sobre a atuação da Ouvidoria e como seria a metodologia do trabalho junto aos gestores.

Os canais de atendimento aos usuários externos (cidadãos/pacientes) e internos (profissionais de saúde) são: telefone, atendimento pessoal, e-mail, carta/fax, urnas espalhadas pela unidade, busca-ativa (visita aos ambulatórios e às enfermarias quando há pacientes internados), OuvidorSUS (manifestações recebidas na Ouvidoria Geral da SES, através do telefone 0800 055 25 55, e encaminhadas para o IEDE, caso seja de sua competência). Recentemente foi criado o site do IEDE e o e-mail da Ouvidoria encontra-se disponível na página inicial do site para todos os cidadãos que desejam qualquer tipo de informação/ orientação, etc.

Uma grande conquista para as Ouvidorias ligadas à SES foi a Resolução SESDEC[4] nº 999, de 29 de janeiro de 2010, que estabelece prazos de resposta da manifestação. Assim, os coordenadores que deveriam enviar resposta à Ouvidoria, passaram a atender com mais

eficiência às solicitações, respondendo em tempo satisfatório aos cidadãos. A maioria dos coordenadores e chefias do IEDE responde dentro dos prazos estipulados pela Resolução (48 horas para casos urgentes, 15 dias para casos não urgentes e 30 dias para casos que envolvem processos).

Os dados obtidos durante os atendimentos servem para a alimentação do Relatório Gerencial, que mensalmente é encaminhado aos diretores do instituto, com cópia à Ouvidoria Geral do Estado, que acompanha todo o processo de atuação da equipe no hospital. Este Relatório funciona como uma ferramenta de gestão, onde são apresentados dados quantitativos e qualitativos de todos os atendimentos realizados, mapeando todos os setores da unidade, dando ao gestor todas as informações necessárias para um melhor desempenho no atendimento à população.

3.2 Potencial inovador da experiência no campo da gestão participativa no SUS

Esta experiência vem se configurando num potencial inovador no campo da Gestão Participativa no SUS, visto ser a ouvidoria, um dos dispositivos desta política, que vem se tornando a cada dia mais, numa grande ferramenta de gestão e um canal para a garantia dos direitos dos cidadãos, como já vimos. O nascimento do ParticipaSUS, amplia a participação do cidadão em outras instâncias deliberativas além dos conselhos e conferências, garantindo também a participação individual diretamente nas ouvidorias em busca de seus direitos.

> Um novo ciclo democrático do SUS afirma a gestão participativa como componente estratégico a influir e interagir com outros fundamentos do pro-cesso de democratização, como a descentralização, regionalização e mudança de cultura de gestão. Na prestação de serviços, a tarefa que se apresenta é a construção da integralidade, promovendo a equidade e a atenção humanizada à saúde. (BRASIL, 2005)

Partindo dessa premissa, o trabalho das ouvidorias está delineado como um mecanismo de escuta do cidadão na gestão participativa, sendo um espaço privilegiado para a participação coletiva e individual direta junto aos órgãos públicos de atendimento ao cidadão, onde o mesmo passa a constituir-se protagonista de suas reivindicações e necessidades antes mesmo de até recorrer a outras instâncias de controle social, como por exemplo, os conselhos de direito.

A experiência da equipe de Ouvidoria do IEDE ratifica a importância deste papel da Ouvidoria na saúde que é o papel de dar voz ao cidadão e não só assume o papel de mediador ou atenuador de conflitos, mas principalmente, usa os dados gerados nos atendimentos individuais ou até mesmo coletivos, na perspectiva de municiar a gestão de instrumentos capazes de reo-

---

[4] SESDEC – Secretaria do Estado de Saúde e Defesa Civil, onde havia uma fusão entre a saúde e a defesa civil no Estado, após a divisão das secretarias em julho de 2011, a SESDEC volta a utilizar a sigla anterior SES – Secretaria do Estado de Saúde.

rientar a prática profissional, intervindo inclusive, nos processos de trabalho com vistas a uma adequação dos serviços àqueles que deles necessitam.

3.3 Caráter multiplicador: ações que poderão garantir ou permitir a continuidade/ampliação da experiência e dificuldades encontradas

No que tange ao caráter multiplicador da experiência da ouvidoria do IEDE, observamos que os instrumentos jurídicos que vem se apresentando para as ouvidorias da saúde, por exemplo, as Resoluções, servem para garantir a continuidade dos serviços prestados e a manutenção dos mesmos junto à população. Além disso, o processo de divulgação junto aos usuários tem corroborado para legitimação da ouvidoria junto aos atendidos.

O uso da tecnologia a favor das Ouvidorias amplia o acesso ao cidadão e ainda potencializa ainda mais a participação deste junto à gestão. Observamos isso através do uso de e-mails, telefones, sites, e demais instrumentos que utilizamos para acesso do cidadão à ouvidoria. Além disso, o uso de outros instrumentos como urnas, pesquisas de qualidade e até mesmo, a abordagem direta aos pacientes, permitem que a ouvidoria atue com mais eficácia e eficiência aproveitando as questões que surgem em lócus para soluções rápidas e precisas.

Infelizmente não há como garantirmos a continuidade destas ações, visto que a forma de vínculo empregatício dos profissionais das ouvidorias descentralizadas da SES, incluindo a equipe de ouvidoria do IEDE, despotencializa o seu caráter multiplicador e ainda, dificulta a ampliação deste trabalho, visto que a contratação temporária põe em risco a própria autonomia das ouvidorias, tornando-as frágeis e vulneráveis.

Em março de 2012, todos os funcionários contratados através do concurso temporário realizado pela CEPERJ/FESP deverão deixar suas atividades no Estado, entretanto, está em voga um novo concurso público para contratação pelas Fundações de Saúde, mesmo assim, as Ouvidorias sofrerão um retrocesso, por terem de reiniciar todo o trabalho já implementado, com uma equipe completamente nova e que na maioria das vezes desconhece totalmente a atividade de uma ouvidoria e seu papel.

Estas são as atuais dificuldades encontradas para continuação e ampliação da experiência da equipe de Ouvidoria do IEDE. Mesmo assim, acreditamos que o trabalho desenvolvido por esta equipe servirá de exemplo para que muitas equipes de ouvidorias espalhadas pelo país sigam nossa trajetória bem sucedida de gestão participativa no âmbito do SUS, aproveitando este espaço privilegiado de diálogo.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Durante o primeiro ano de atuação desta nova equipe de ouvidoria no IEDE, foram percebidas mudanças significativas na organização, bem como na cultura da unidade, passando a ouvidoria a desempenhar um papel fundamental na relação com os cidadãos e a instituição, bem como o fortalecimento das diretrizes do SUS junto aos atores envolvidos no processo de saúde/doença: médicos, enfermeiros, nutricionistas, assistentes sociais, demais profissionais, e principalmente, o cidadão/usuário.

Nos meses de setembro a dezembro de 2010 foram atendidos 188 pacientes em suas diversas naturezas de atendimento: reclamação, sugestão, solicitação, denúncia, informação e elogio.

Neste período, 61% das manifestações tratavam sobre solicitações diversas, dentre eles, pedidos de medicamentos e solicitação de recursos humanos (contratação de novos médicos) e solicitações de atendimentos nas diversas especialidades.

No ano de 2011, entre os meses de janeiro a setembro, foram atendidos 348 cidadãos tanto internos (funcionários) quanto externos (usuários) em detrimento a 55 atendimentos ocorridos no mesmo período de 2010. Isto foi fruto do trabalho de divulgação desenvolvido pela equipe de ouvidoria do IEDE. Dentre a natureza dos atendimentos 42% foram de solicitações, seguidos de reclamações 42%, no entanto, a Ouvidoria do IEDE passou a receber também elogios; durante 1 ano, foram 34 elogios, aos profissionais da unidade, à qualidade do atendimento, aos serviços prestados, etc. Não houve o registro de nenhum elogio antes deste período na instituição, isto porque a cultura da unidade era de registrar somente as reclamações e não os elogios.

O grau de resolubilidade das manifestações durante o período de 1 ano foi de 83% das manifestações, ou seja, de todas as manifestações dos cidadãos que chegaram até à Ouvidoria, 83% dos casos foram resolvidos pelos setores competentes e respondidos dentro do prazo estipulado pela Resolução nº 999/2010. Melhorou o clima institucional e a integração entre os profissionais. Melhorou a qualidade dos serviços prestados. Melhorou ainda, o diálogo entre os setores de atendimento, além de percebermos também uma melhoria no diálogo entre os profissionais do instituto tanto com os cidadãos, quanto com os demais profissionais gerando um ambiente de respeito e comprometimento mútuo.

A coordenadora da Ouvidoria participa mensalmente das reuniões de colegiado juntamente com toda a diretoria da unidade e na oportunidade, compartilha as dificuldades apresentadas à ouvidoria por parte dos cidadãos e dos profissionais do IEDE e neste momento,

todos os representantes da instituição: diretores, gerentes, coordenadores e chefias, pensam juntos em alternativas facilitadoras para a solução dos problemas existentes, agindo de maneira solidária e comprometida com a Ouvidoria.

Para esta mudança organizacional, entendemos a importância da ouvidoria nestas ações e observamos que nosso papel obteve grande impacto junto aos atores envolvidos no atendimento e também junto a demais setores administrativos, não só mediando os conflitos existentes como também, direcionando as ações de maneira a atender ao bem comum e à boa imagem institucional.

5 CONCLUSÃO

Como um dispositivo da Gestão Participativa do SUS, vimos que o trabalho das Ouvidorias vem se configurando numa importante ferramenta de gestão e ampliação dos direitos dos cidadãos junto aos serviços de saúde.

Nossa maior satisfação em compartilharmos este experiência está justamente na capacidade de mudança no clima institucional que foi identificada desde o início de nossa atuação na unidade e que com apenas 1 ano de trabalho, percebemos grandes avanços nas formas de relações sociais apresentadas e na resolutividade das questões.

Mesmo assim, sabemos que ainda há um longo caminho a percorrer não só na Ouvidoria do IEDE, como também nas demais Ouvidorias do estado, para que o grau de resolubilidade seja de 100%. Acreditamos que no dia em que isto acontecer não será mais necessária a atuação das ouvidorias nas unidades de saúde, visto que haverá uma evolução tamanha na perspectiva dos direitos que nossa atuação se fará desnecessária.

Queremos, contudo, que tal experiência sirva para demais ouvidorias e para todos aqueles que acreditam no SUS, continuarem acreditando e se empenhando ao máximo para que todos os cidadãos sejam tratados com o devido respeito, tendo suas necessidades atendidas de maneira universal, integral e equânime, conforme preconiza a Lei nº 8.080/1990.

REFERÊNCIAS

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE OUVIDORES/OMBUDSMAN. Disponível em: <www.abonacional.org.br>. Acesso em: 9 out. 2011.

BARROS, M. E. D. O Controle Social e o processo de descentralização dos serviços de Saúde. In: **Incentivo à Participação Popular e Controle Social no SUS:** textos técnicos para conselheiros de saúde. Brasília: IEC, 1998. p. 29-37.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília: Senado Federal, 1988.

_____. **Lei n° 8.142 de 28 de dezembro de 1990**. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde - SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área de saúde e outras providências. Brasília: Ministério da Saúde, 1990.

_____. **LOS/SUS – Lei nº 8.080** - de 19 de setembro de 1990 - DOU DE 20/9/90 – LEI ORGÂNICA DA SAÚDE – Alterada.

_____. Ministério da Fazenda. **Ouvidoria da Fazenda**. Disponível em: <http://portal.ouvidoria.fazenda.gov.br>. Acesso em: 25 out. 2011.

_____. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Gestão Participativa para o SUS**: ParticipaSUS. Brasília, 2005.

CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 11., Brasília. **Relatório final**. Brasilia, 2000.

CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 12, Brasília. **Relatório final**. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br>. Acessado em: 1 nov. 2011.

CORREA, M. V. C. A relação Estado e sociedade e o controle social: fundamentos para o debate. **Serviço Social & Sociedade**, São Paulo, v. 24, n. 77, p. 22-45, 2004.

_____. **Controle Social na Saúde**. Disponível em: <www.fnepas.org.br/pdf/servico_social_saude/texto1-6.pdf>. Acesso em: 25 out. 2011.

FORTES, N. M. **O papel das ouvidorias públicas de saúde como ferramenta do controle e gestão do SUS**. 2008. 110 f. Dissertação (Mestrado em Ciências Sociais) – Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2008.

INSTITUTO ESTADUAL DE DIABETES E ENDOCRINOLOGIA LUZ CAPRIGLIONE (Rio de Janeiro). **História do IEDE**. Disponível em: <www.facebook.com/#!/pages/Instituto-

Estadual-de-Diabetese-Endocrinologia-Luiz-Capriglione-IEDE/200848166592358?sk=wall>. Acesso em: 1 nov. 2011.

LEMOS, F. C. S. **Ouvidoria como um processo democrático**: repensando estratégias de controle social no Pará. Belém: Universidade Federal do Pará, 2009.

MOLESINI, J. A. O. et al. Conselhos de Saúde na Bahia: avaliação dos resultados da capacitação de conselheiros de saúde. **Revista Baiana de Saúde Pública**, Salvador, v. 23, n. 14, p. 75-98, 1999.

PEREIRA, L. H. A voz do usuário no sistema hospitalar: ouvidorias. **Sociologias**, Porto Alegre, v. 4, n. 7, p. 82-121, jan./jun. 2002.

RIO DE JANEIRO (Estado). Secretaria de Estado de Saúde. **Instituto de Endogrinologia da SEDESC é um dos mais admirados do país**. 2009. Disponível em: <www.saude.rj.gov.br/imprensa-noticias/638-instituto-de-endocrinologia-da-sesdec-e-um-dos-maisadmirados-do-pais>. Acesso em: 1 nov. 2011.

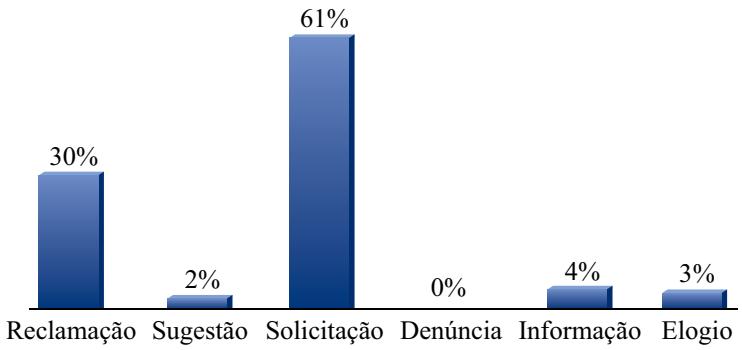
_____. Secretaria de Estado de Saúde. Ouvidoria. **I Curso de capacitação em Ouvidorias – SES**. Rio de Janeiro, 2010. Disponível em: <www.saude.rj.gov.br/transparencia-ouvidoria/6084-i-curso-de-capacitacao-em-ouvidoria>. Acesso em: 1 nov. 2011.

_____. Secretaria de Estado de Saúde. Ouvidoria. **I Seminário de Ouvidorias do SUS no Estado do Rio de Janeiro**. Rio de Janeiro, 2010. Disponível em: <www.saude.rj.gov.br/transparencia-ouvidoria/5723-i-seminrio-de-ouvidorias-do-sus-noestado-do-rio-de-janeiro>. Acesso em: 1 nov. 2011.

ANEXO A – GRÁFICOS E QUADROS

Gráficos

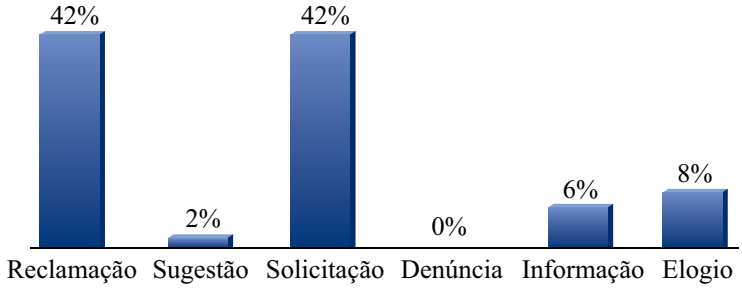
Gráfico 1 - Apresentação da natureza dos atendimentos no ano de 2010



Fonte: Relatório Gerencial da Ouvidoria do Instituto Estadual de Diabetes e Endocrinologia

De setembro a dezembro de 2010 foram realizados 188 atendimentos e 61% relaciona-se à solicitações diversas.

Gráfico 2 - Apresentação da natureza dos atendimentos no ano de 2011

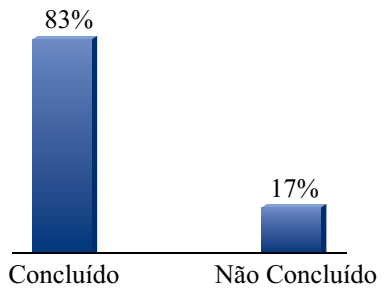


Fonte: Relatório Gerencial da Ouvidoria do Instituto Estadual de Diabetes e Endocrinologia

Entre os meses de janeiro à setembro de 2011 foram realizados 348 atendimentos em detrimento à 55 no mesmo período de 2010. Havendo um empate técnico entre as reclamações e solicitações, onde as reclamações corresponderam a 145 manifestações e as solicitações 147.

Foram 34 elogios no período, o que corresponde a 8% no total das manifestações, mas 100% no total de elogios entre setembro de 2010 e setembro de 2011. Já que nunca houve um registro oficial de elogios no período anterior.

Gráfico 3 - Indicadores de resolubilidade de setembro de 2010 a setembro de 2011



Fonte: Relatório Gerencial da Ouvidoria do Instituto Estadual de Diabetes e Endocrinologia

Foram 443 casos resolvidos, contra 93 casos não resolvidos durante o período de 1 ano. Resultando em 536 atendimentos em 1 ano.

Muitos dos casos não resolvidos eram de problemas que extrapolavam a alçada do hospital, como por exemplo, falta de profissionais (novas contratações) e falta de medicamentos.

Quadros

Quadro 1 - O quadro abaixo foi extraído do Relatório Gerencial (mês de janeiro de 2011)

NATUREZA ATENDIMENTO	ÁREA ENVOLVIDA	COMO ERA (ASSUNTO)	O QUE FOI FEITO	RESULTADO OBTIDO
Sugestão	Portaria	Pacientes aguardavam na fila para entrar no hospital e quando abriam os portões, os pacientes corriam para entrar na unidade furando fila e desrespeitando os pacientes deficientes e idosos.	Organizada a fila de maneira que cada um dos pacientes entrem na unidade de 5 em 5. Anexado informativo no portão do IEDE informando sobre a mudança	A entrada de pacientes ficou mais organizada e os mais vulneráveis tiveram o acesso de maneira mais tranquila sem serem desrespeitados pelos demais
Solicitação	Marcação de consultas	Não havia vagas para novos usuários no IEDE	A ouvidoria encaminhou as manifestações ao setor competente, gerando uma fila de espera para estes pacientes, assim que foram abertas as vagas os mesmos tiveram prioridade	A entrada de pacientes ficou mais organizada e os mais vulneráveis tiveram o acesso de maneira mais tranquila sem serem desrespeitados pelos demais

Fonte: Relatório Gerencial da Ouvidoria do Instituto Estadual de Diabetes e Endocrinologia

Exemplificação de algumas ações que foram realizadas para melhorias dos processos nos atendimentos: todos os meses são geradas tabelas como esta relatando as sugestões da Ouvidoria e posteriormente as respostas dos setores são encaminhadas à Ouvidoria para conclusão do Relatório que é enviado aos gestores e à Ouvidoria Geral.

Quadro 2 - Assuntos relacionados por área envolvida (mês de setembro de 2011)

	RECLAMAÇÃO	SUGESTÃO	SOLICITAÇÃO	DENÚNCIA	INFORMAÇÃO	ELOGIO	TOTAL DA NATUREZA DO ATENDIMENTO
TOTAL	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**
1) ÁREA ENVOLVIDA - ENDOCRINOLOGIA / TIROIDE							
ASSUNTO 1 - TRIAGEM							
ASSUNTO 2 - PRONTUÁRIO							
ASSUNTO 3 - REAGENDAMENTO							
2) ÁREA ENVOLVIDA - DIABETES/ UPD							
ASSUNTO 1 - REAGENDAMENTO							
3) ÁREA ENVOLVIDA - DERMATOLOGIA							
ASSUNTO 1 - REAGENDAMENTO							
4) ÁREA ENVOLVIDA - ENDOCRINOLOGIA/ ENDOCRINOLOGIA							
ASSUNTO 1 - ATENDIMENTO							
ASSUNTO 2 - TRIAGEM							

Fonte: Relatório Gerencial da Ouvidoria do Instituto Estadual de Diabetes e Endocrinologia

Exemplificação de mapeamento por área envolvida: esta tabela é um extrato da tabela apresentada no Relatório Gerencial onde constam informações sobre a natureza do atendimento, o assunto e o setor envolvido no atendimento (discriminado como área de atendimento). OBS: A cada mês esta tabela se modifica de acordo com os atendimentos realizados na ouvidoria.

GESTÃO PARTICIPATIVA NA OUVIDORIA DESCENTRALIZADA DO INSTITUTO ESTADUAL DE DERMATOLOGIA SANITÁRIA - IEDS

Débora Holanda Leite Menezes[1]
Fernando Quintas Guerra[2]
Luciana Maria P. de F. Frasco[3]
Luiza Helena Barcellos[4]

RESUMO

O estudo retrata a experiência de Gestão Participativa em uma Unidade de Saúde, da rede pública do Rio de Janeiro (RJ). O nosso foco é apresentar elementos que estimulem a gestão participativa, defendendo valores do Sistema Único de Saúde (SUS). Sabe-se que esse modelo de gestão visa a participação da população, o controle social e a mobilização social. Um dos mecanismos de efetivação são as Ouvidorias. A Ouvidoria Descentralizada está vinculada à Secretaria Estadual de Saúde do RJ, e atua no estímulo à participação da sociedade civil, no processo democrático da tomada de decisões. A proposta da Ouvidoria é ser um canal de atendimento legítimo ao cidadão, tendo por objetivo fortalecer o indivíduo perante os seus direitos e interesses, conferindo maior transparência às ações organizacionais. O objetivo é demonstrar o quanto o trabalho desenvolvido por essa Ouvidoria se torna um incentivo constante à GESTÃO DEMOCRÁTICA E PARTICIPATIVA de usuários do SUS, de servidores da unidade, de moradores da unidade, que sofreram preconceitos por conta da Hanseníase. É a partir desse cenário que a Ouvidoria incentivou o compromisso, a responsabilidade, e a busca pela qualidade dos serviços prestados, fazendo com que essa população consiga resgatar sua cidadania e seus direitos. As ações da Ouvidoria se apresentaram em um primeiro momento na preocupação com a divulgação das nossas atribuições e competências, o que refletiu na participação dos usuários na gestão, ampliando os atendimentos da Ouvidoria na instituição. Vale destacar que um mecanismo importante nesta ampliação foi os atendimentos que aconteceram através da Busca Ativa. No segundo momento estimulamos uma maior aproximação dos gestores da Unidade, através da realização de encontros, organizados pela Ouvidoria, visando a participação social. O que possibilitou para os gestores um novo olhar sobre a Ouvidoria, reconhecendo que essa seria um canal de participação e avaliação popular. O estudo apresenta a evolução das ações da Ouvidoria na instituição, proporcionando aos

[1] A Mestre em Serviço Social pela ESS/ UFRJ; Assistente Social, Ouvidora Assistente da Ouvidoria Descentralizada IEDS.

[2] Administrador; Ouvidor Assistente da Ouvidoria Descentralizada IEDS.

[3] Pós-Graduada em Saúde Mental, ENSP/FIOCRUZ; Psicóloga; Ouvidora Assistente da Ouvidoria Descentralizada IEDS.

[4] Psicanalista, Pós-Graduada em Violência Doméstica e Familiar PUC/RJ; Psicóloga, Ouvidora Assistente da Ouvidoria Descentralizada IEDS.

ex-pacientes, funcionários e moradores da comunidade uma estratégia para a luta por seus direitos, que nos dias de hoje são negados. Identificamos que a Ouvidoria se apresenta como uma “Porta de Entrada” para a maior aproximação dos usuários com a Direção. Construiu-se assim uma via de mão dupla no serviço de saúde.

Palavras-chave: Gestão democrática. Gestão participativa. Participação popular. Ouvidoria.

1 INTRODUÇÃO

No trabalho em tela, retrata-se a experiência de Gestão Participativa[5] em uma Unidade de Saúde terciária, da rede pública do estado do Rio de Janeiro[6]. E mais: busca-se apresentar elementos que contribuam para estimular a Gestão Participativa, conforme valores defendidos pelo Sistema Único de Saúde (SUS).

Sabe-se que esse modelo de gestão visa à participação da população, ao controle e à mobilização social. Um dos mecanismos de efetivação de tais propostas, além dos conselhos, das conferências e dos fóruns, são as Ouvidorias[7].

A Ouvidoria Descentralizada do IEDS[8] está vinculada à Secretaria Estadual de Saúde do Rio de Janeiro, e trabalha no frequente estímulo à participação da sociedade civil, no processo democrático da tomada de decisões.

A proposta de trabalho da Ouvidoria é ser *um canal de atendimento legítimo ao cidadão, em segunda instância, neutro e imparcial, que atende com equidade manifestações de situações recorrentes que não foram solucionadas de forma satisfatória pelos canais competentes de atendimento da organização.*

Assim pode-se dizer que as Ouvidorias, têm por concentração fortalecer o indivíduo perante os seus direitos e interesses, conferindo maior transparência às ações organizacionais.

As Ouvidorias no Brasil

> representam um marco nesse processo, configurando-se num espaço do ouvir dialógico, no qual a sociedade busca integração com o governo, de forma célere, responsiva e ética, certa de que será ouvida e a sua manifestação registrada, na busca da construção de um padrão de atenção ao cidadão que sofre um mal e procura o acolhimento através da escuta humanizada e a aces-sibilidade com resolutividade satisfatória (MORAES et al., 2009, p. 2).

Com base nessas definições sobre as propostas da Ouvidoria, afirma-se que, no trabalho desenvolvido pela Ouvidoria Descentralizada IEDS há incentivo constante à GESTÃO DEMOCRÁTICA E PARTICIPATIVA de usuários do SUS, de servidores da Unidade, pacientes

---

[5] A Gestão Participativa surge no cenário da Administração como uma das estratégias empresariais para envolver colaboradores no processo de produção e assim obterem, por meio do processo de produção, vantagens competitivas.

[6] Instituto Estadual de Dermatologia Sanitária - Hospital Colônia Curupaiti.

[7] Espaços de cidadania que poderão ser utilizados por quaisquer pessoas usuárias do SUS, no Rio de Janeiro.

[8] A gestão da Ouvidoria IEDS é colegiada o que facilita na tomada de decisões e no encaminhamento do serviço.

e moradores da Unidade e da comunidade ao entorno. Os pacientes e os moradores dos pavilhões constituem uma população que durante muitos anos sofreu preconceitos por terem contraído hanseníase e, por conta disso, submeteu-se ao isolamento e a internações compulsórias em hospitais colônias[9]. Oficialmente, a Colônia deixou de existir em 1983, com a queda dos muros e a possibilidade de reintegrações nas famílias e na sociedade. Decidiu-se, então, que os pacientes menos graves e/ou mais novos poderiam viver em sociedade, e os mais velhos ou com maiores sequelas ficariam morando nos pavilhões desativados. Porém as dificuldades comuns à reintegração e à readaptação na sociedade, a real problemática assistencial e econômica no Rio de Janeiro e a escassez de residências fizeram com que muitos internos permanecessem ou retornassem para o Hospital. Houve também casos de invasões e, atualmente, ao lado do terreno da Unidade, se formou a comunidade São Jorge.

Uma questão importante a ser sinalizada sobre a Instituição é que o relacionamento entre ex-pacientes, funcionários e moradores da comunidade é complexo, em alguns momentos de difícil manejo e administração, em razão da já internalizada problemática cultural do preconceito.

Com base nesse cenário, a Ouvidoria IEDS vem incentivar a autoconstrução, o compromisso, a responsabilidade e a qualidade dos serviços prestados para que tal população consiga resgatar sua cidadania e seus direitos. A intervenção é sempre pautada na ÉTICA e nos princípios de moralidade, honestidade, respeito ao próximo, imparcialidade e igualdade.

---

[9] A Colônia do Curupaiti, localizada em Jacarepaguá, foi criada em 1928, quando 53 pacientes com hanseníase (então chamada "lepra") foram transferidos do Hospital dos Lázaros. Desde essa época, Curupaiti foi crescendo em número de prédios e doentes. Similar a outras colônias, tinha dois tipos de residências: os Pavilhões (Pavilhão Clementino Fraga Filho, Pavilhão Jorge Rabelo, Pavilhão Carlos Chagas, Pavilhão Moura Costa, Pavilhão Jesuíno de Albuquerque, Pavilhão Ferreira Rosa, Pavilhão Gustavo Capanema — no estilo "Carville" (estilo arquitetônico da Baixa Normandia) — para pacientes solteiros, e as casas de vila para casais, além de um prédio da psiquiatria (Centro de Atenção Psicossocial), que ainda hoje abriga em torno de 11 pacientes. Mais ou menos 25 anos depois da inauguração da Colônia, surgiu um prédio para crianças com hanseníase, que, antes disso, eram adotadas ou criadas por casais de doentes. Conforme a política nacional, as crianças que nasciam na colônia eram encaminhadas ao Educandário, ou Preventório, ou enviadas para parentes ou conhecidos dos pacientes. As instituições mais importantes da colônia podiam ser divididas em três grupos: Religiosas (em Curupaiti, existem diversas instituições religiosas: Igreja Católica, Igrejas Evangélicas, Centro Budista, Centro Espírita e Centro de Umbanda. Por meio dessas instituições, facilita-se o contato entre pacientes da Colônia e visitantes ou voluntários, ou seja, a interação com o mundo externo e com a sociedade), Atendimentos aos Pacientes (Sala de Curativos Ana Anita) e Prédios Hospitalares. Ressalte-se que as instituições religiosas também legitimaram várias atividades dos pacientes, da mesma forma que as instituições de caridade dirigidas por pacientes: a Caixa Beneficente — fundada antes de 1944 (por meio de uma campanha pública, a Caixa Beneficiente fez com que os pacientes de Curupaiti obtivessem o Promin, o primeiro tratamento de cura de hanseníase, um evento que estabeleceu o poder político dos internos "extramuros"), que atualmente não mais existe, e o SOAC (Sociedade Amigos de Curupaiti, fundada em 1972). As políticas internas e os problemas do dia a dia eram resolvidos pela "prefeitura interna", cujo prefeito era um paciente, escolhido pela administração da Unidade.

Assim, tomam-se como objetivos do trabalho da Ouvidoria: estimular a participação da sociedade civil na tomada de decisões em saúde; incentivar o reconhecimento da saúde como política de direito; romper com estigmas sociais históricos da população portadora de hanseníase; realizar ações articuladas com a rede de referência da Área Programática da AP 4.0 (Barra da Tijuca e Jacarepaguá); e buscar solução para demandas apresentadas no cotidiano da instituição de saúde.

2 ATENDIMENTOS DA OUVIDORIA DESCENTRALIZADA - IEDS

A proposta de gestão participativa e democrática teve início, na Unidade, a partir de setembro de 2011, quando a equipe da Ouvidoria descentralizada IEDS foi composta exclusivamente por profissionais de nível superior da área de Ciências Humanas: assistente social, psicólogos (2) e administrador, o que estimulou um olhar e uma escuta diferenciada, superando o caráter histórico-burocrático apresentado pelas Ouvidorias.

As intervenções desses profissionais proporcionaram às Ouvidorias um novo modelo nas interferências cotidianas, possibilitando a usuários, profissionais de saúde e outros (moradores) a participação e a vontade de falar e expor ideias publicamente. Essa mobilização foi conduzida pelas ações de Busca Ativa realizada por esses profissionais, por meio de grupos nos Pavilhões e Blocos Hospitalares da Unidade, atividades estas que poderiam acontecer até mesmo em uma simples sala de espera.

Um marco importante para afirmação das atividades da Ouvidoria é a necessidade de esclarecer quais são suas atribuições e competências no espaço institucional, o que facilita o reconhecimento e a necessidade de participação dos vários segmentos da Unidade nas atividades propostas.

Então, é com base no estímulo à participação que se identificam elementos relevantes para a análise da evolução do exercício da Ouvidoria do IEDS, que pode ser apreciada em dois momentos distintos: o primeiro que teve como foco a captação das demandas e seus encaminhamentos ainda de forma isolada, após o mapeamento do território institucional, e o segundo que solidifica a maior parceria da gestão nos encaminhamentos das providências cabíveis ante as questões apresentadas. Construíram-se, com a participação da comunidade, dos profissionais e dos moradores, estratégias de enfrentamento das demandas apresentadas que amadureceram pela cooperação do gestor da Unidade.

Mapeamento das demandas apresentadas pelos usuários e encaminhamentos da Ouvidoria na construção de estratégias de Gestão Participativa.

1º Ciclo - **setembro a dezembro de 2010** - início da atuação das ouvidoras assistentes na Ouvidoria Descentralizada IEDS.

No primeiro momento, identifica-se que houve um aumento das demandas, haja vista, no período que antecedeu a entrada das ouvidoras assistentes, os atendimentos registrados em documentos da Ouvidoria eram mínimos. Tal fato apontava para realização anterior, apenas, de atividades burocráticas e emergenciais na resolutividade de problemas, o que não é o

encaminhamento ideal para a condução do trabalho da Ouvidoria. Superadas essas questões, com a divulgação das atribuições e competências da Ouvidoria, tornou-se visível uma boa adesão e aceitação da população, em geral, de profissionais e gestores. A equipe chegou a esse resultado, trabalhando integralmente para tornar-se visível no cenário institucional, expressando o real papel do serviço.

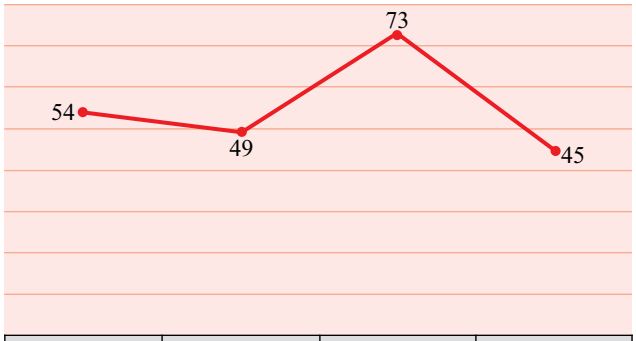
Uma questão que merece ser pontuada é que era comum, nas demandas apresentadas cotidianamente, a necessidade de respostas imediatas, haja vista ações anteriores que eram focais e se restringiam apenas em intervir pontualmente e não em pensar estratégias de enfrentamento coletivas para as questões levantadas.

Assim, na gestão da Ouvidoria deu-se início às atividades que visavam à identificação e à captação das situações-problema, tendo como preocupação dar retorno às demandas apresentadas e divulgação das respectivas soluções propostas.

O primeiro ciclo aponta, na Figura 1, que os atendimentos aumentaram, porém, no mês de dezembro de 2010, pode-se observar que ocorreu uma redução em virtude de ações de levantamento da Rede de Referência da Área Programática 4.0, que objetiva a articulação das instituições ao redor do IEDS.

Dessa maneira, enfocou-se, em dezembro, privilegiar o planejamento das ações para 2011, visando à construção de eixos articuladores com a rede de referência.

FIGURA 1 - Atendimentos - 1º Ciclo



	Setembro	Outubro	Novembro	Dezembro
Atendimentos	54	49	73	45

Fonte: Ouvidoria IEDS/2010 - SES.

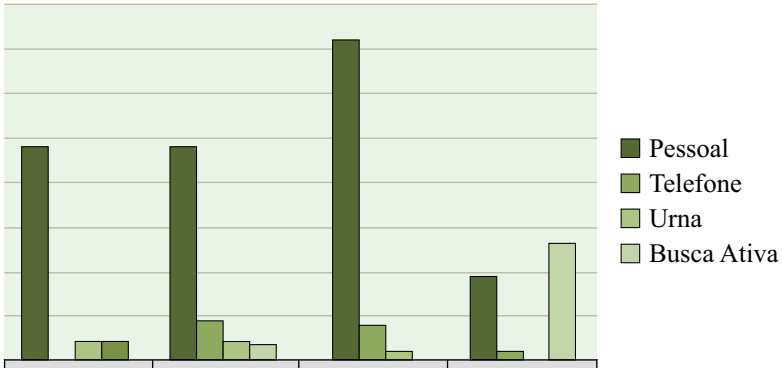
Eis os métodos utilizados para identificação das manifestações do trabalho da Ouvidoria: o Acolhimento (presencial[10] e telefônico[11]), a Busca Ativa[12], as urnas[13], carta/fax[14] e o e-mail[15],

podendo-se ainda, garantir sigilo e anonimato, já que o sigilo é uma maneira de resguardar a manifestação do usuário e o anonimato um direito do cidadão de ele não se identificar quando da apresentação de sua demanda.

Ao analisarem-se as formas de manifestações, visualiza-se, na Figura 2, o destaque ao Acolhimento Presencial que se consolidou após maior exposição e reconhecimento da Ouvidoria, acompanhada dos atendimentos de Busca Ativa.

Outro aspecto que deve ser apontado sobre os métodos é quanto à natureza dos atendimentos da Ouvidoria, que pode variar entre Denúncia[16], Sugestão[17], Reclamação[18],

FIGURA 2 - Formas de Manifestações



	Setembro	Outubro	Novembro	Dezembro
Pessoal	48	45	72	19
Telefone	0	3	8	2
Urna	3	3	1	0
Busca Ativa	3	1	0	26

Fonte: Ouvidoria IEDS/2010 - SES.

[10] Realiza-se na sala principal da Ouvidoria IEDS; porém, se houver a necessidade de um maior sigilo, tem-se à disposição uma segunda sala mais reservada para que o usuário se sinta mais acolhido. Nesse momento, é preenchida Ficha de Manifestação, anexando-se a Folha de Relato da Manifestação, feita pelo usuário, gerando assim um número de protocolo. Porém, se o usuário não tiver possibilidade de escrever a manifestação, tal relato será escrito pelo Ouvidor, apreciado e encaminhado para as providências cabíveis.

[11] O Acolhimento Telefônico passou a ser considerado no 2º mês, ou seja, somente depois que uma linha telefônica foi cedida exclusivamente para a Ouvidoria IEDS. Tal procedimento recebe o mesmo valor e cuidado que o atendimento presencial.

[12] Contato direto com os usuários objetivando estabelecer vínculo de confiança que permita abertura de questionamentos em relação ao atendimento ofertado pelos profissionais.

[13] A Ouvidoria conta com cinco urnas colocadas. Tais urnas são localizadas em lugares estratégicos e de maior atendimento (nos prédios onde se localizam a Direção Geral e a Ouvidoria, Prédio Hospitalar, Sala de Curativos e Ambulatório de Dermatologia), as quais receberam destaque no decorrer da divulgação.

[14] Manifestação feita por comunicação impressa, porém tal acolhimento não é uma prática da Ouvidoria IEDS.

[15] Apesar de o e-mail ser uma das formas de acolhimento de manifestações, a Ouvidoria IEDS não conta com esse recurso, pois ela não dispõe da própria rede de internet.

Informação[19], Elogio[20] e Solicitação[21]. Cabe esclarecer que a natureza dos atendimentos reforça a necessidade de alteração de procedimentos da gestão em determinadas situações, assim como também pode apontar para irregularidades em determinadas situações, assim como também pode apontar para irregularidades no funcionamento do serviço e, além disso, expressa, em alguns momentos, normas e protocolos da unidade.

Assim, ao examinarmos os dados da Natureza do Atendimento, a maioria concentrou-se em Solicitações e Reclamações, isso é comum, porque muitas vezes, os usuários, por mais que apresentem uma insatisfação, com relação a alguma situação, priorizam a resolutividade e agilidade, dando conta assim da sua Solicitação, o que na reclamação se restringe apenas a alteração e melhoria do transtorno e do incômodo, que pode ser feita a longa data.

Ainda, destaca-se, a respeito da natureza do atendimento, que as Informações passaram a surgir a partir do momento que ocorreu a instalação da linha telefônica no serviço da Ouvidoria, conforme sobredito.

Outro ponto importante é que, com maior divulgação da Ouvidoria, os Elogios apareceram ainda que de maneira tímida.

Vale mencionar que a participação da população na Ouvidoria alterou a natureza dos atendimentos, que, nos primeiros meses, foram de denúncias, o que foi mudado pela maior articulação da Ouvidoria, pela população e por alguns setores com visibilidade na Unidade, como o Serviço Social, que tem papel de extrema relevância no acompanhamento das demandas e na resolutividade das expressões da questão social[22].

---

[16] Quando o cidadão apresenta uma comunicação verbal ou escrita que indica irregularidade ou início de irregularidade na administração e/ou no atendimento por entidade pública ou privada de saúde.

[17] Quando o cidadão apresenta uma comunicação verbal ou escrita que propõe ação que considera útil à melhoria do sistema de saúde.

[18] Quando o cidadão faz uma comunicação verbal ou escrita que relata insatisfação em relação às ações e serviços de saúde, sem conteúdo de requerimento.

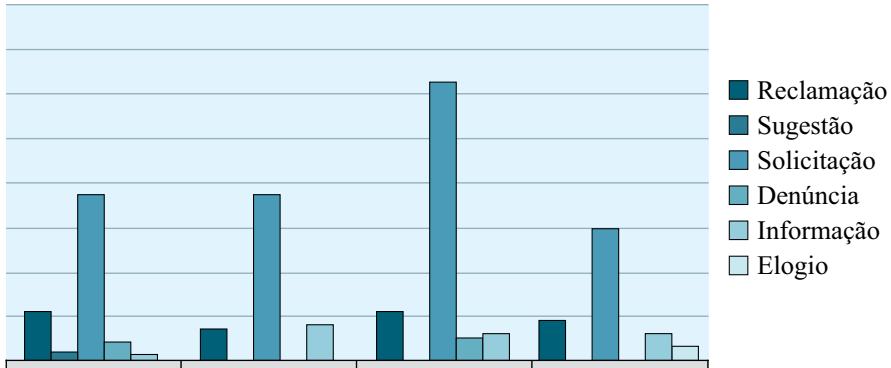
[19] Quando o cidadão pede alguma comunicação, instrução ou ensinamento a respeito do sistema de saúde.

[20] Quando o cidadão apresenta uma comunicação verbal ou escrita que demonstra satisfação ou agradecimento por serviço prestado pelo SUS.

[21] Quando cidadão faz uma comunicação verbal ou escrita que, embora também possa indicar insatisfação, necessariamente contém um requerimento de atendimento ou acesso às ações e serviços de saúde.

[22] A análise da questão social expressa uma realidade na vida dos sujeitos. A aproximação da Ouvidoria com os usuários é uma das condições que permite instigar ações inovadoras no sentido de reconhecer e atender as suas reais necessidades.

FIGURA 3 - Natureza dos Atendimentos



	Setembro	Outubro	Novembro	Dezembro
Reclamação	11	7	9	9
Sugestão	2	0	0	0
Solicitação	37	37	62	29
Denúncia	4	0	5	0
Informação	1	8	6	6
Elogio	0	0	0	3

Fonte: Ouvidoria IEDS/2010 - SES.

Com base na Análise da Natureza das Manifestações, é possível verificar, na Figura 4, as principais manifestações que se destacaram no primeiro ciclo:

• **Interrupção do serviço -** usuários que ficaram sem atendimento médico por conta da transferência de um profissional para outra Unidade. Em sua maioria, foram reclamações e reivindicações que se estenderam durante todo o primeiro ciclo, para que o profissional pudesse retornar;

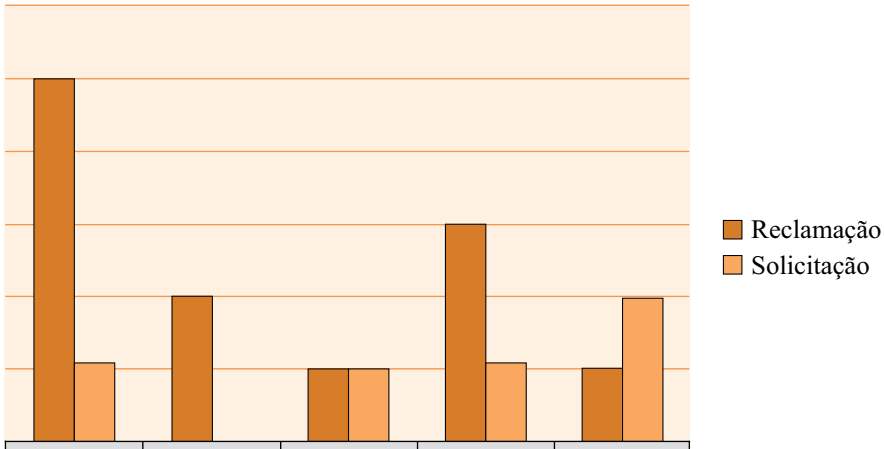
• **Falta de profissional -** ausência de médicos de diversas áreas em consultas que haviam sido marcadas há meses;

• **Qualidade dos serviços -** problemas com equipamentos (materiais para exames, maquinário, etc.) ou sua manutenção. Em especial, esse tipo de manifestação vinha como uma forma tanto de Reclamação como de Solicitação para que outros usuários pudessem usufruir das melhoras da Unidade;

• **Vigilância ambiental -** problemas particulares da comunidade (esgoto) que vêm prejudicando tanto a Unidade como os moradores do entorno. Tal manifestação também surgiu durante todo o primeiro ciclo, principalmente com o usuário retornando à Ouvidoria para buscar respostas;

• **Assistência à saúde -** maus tratos de profissionais de saúde e dos próprios funcionários da Unidade. Essa era uma manifestação constante em toda a Instituição.

FIGURA 4 - Principais Manifestações



	Interrupção Serviços	Falta Profissional	Qualidade Serviços	Vigilância Ambiental	Assistência Saúde
Reclamação	5	2	1	3	1
Solicitação	0	0	1	1	2

Fonte: Ouvidoria IEDS/2010 - SES.

Fundamentada na natureza dos atendimentos e dos tipos de manifestações, a Ouvidoria IEDS aprecia e encaminha as demandas cotidianas na tentativa de possibilitar a construção de uma gestão participativa.

Essa construção inicia-se quando se encaminham os casos para gestores e setores responsáveis, porém se percebe que a maioria dos casos encaminhados necessitava de atenção especial por parte de tais gestores e responsáveis, o que nem sempre acontecia, sendo necessário, algumas vezes, embates da Ouvidoria com os responsáveis pelos setores, pautando-se em **Resolução da Secretaria Estadual de Saúde e Defesa Civil (Sesdec)** nº 999, de 29 de janeiro de 2010, que estabelece os prazos de resposta das manifestações registrais na Ouvidoria Geral.

> Art 1º - Estabelecer os prazos de resposta aos cidadãos para as manifestações registradas na Ouvidoria Geral.
>
> I - 2 (dois) dias úteis para casos urgentes;
>
> II - 15 (quinze) dias para situações que não envolvam casos de urgência;
>
> III - 30 (trinta) dias para situações que demandem análise de processos admi-nistrativos (RIO DE JANEIRO, 2010).

A resolução referida refletiu-se em um instrumento de respaldo da Ouvidoria para cobrança de resposta, diante das manifestações apresentadas aos gestores da unidade pública em questão, facilitando as ações nas respostas às demandas e no encaminhamento do resultado para os usuários, profissionais de saúde e outros demandantes. Outras estratégias adotadas pela

Ouvidoria na Gestão Participativa foram viabilização e transparência nas respostas obtidas entre os gestores para a população demandante.

A superação e a efetivação da Gestão Participativa dependem dos usuários que necessitam do SUS e que o utilizam, somadas às colaborações do Diretor Geral, dos demais diretores técnico-administrativos e das gerências de apoio terapêutico: enfermagem; apoio diagnóstico; infraestrutura e abastecimento e recursos humanos.

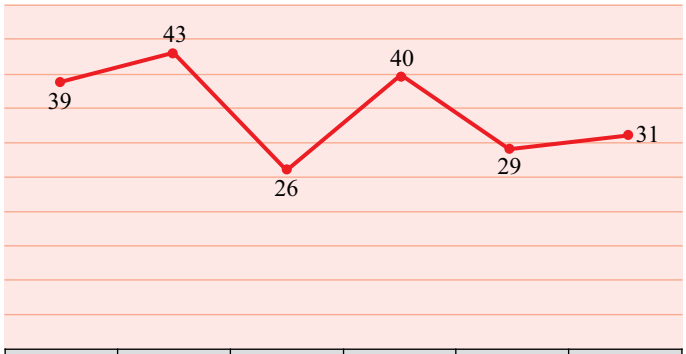
2º Ciclo - **janeiro a junho de 2011** - alterações no cenário institucional com a entrada da nova direção geral na Unidade.

No segundo momento – o que chamamos de 2º ciclo –, iniciado em janeiro de 2011 e que se mantém até os dias atuais, ocorreram alterações relevantes no cenário institucional, que possibilitaram uma maior efetivação da proposta de gestão participativa e democrática. Uma situação relevante foi a alteração da direção geral da Unidade, que trouxe celeridade na solução de alguns casos, os quais, no primeiro ciclo, sofriam pela necessidade de embates para obtenção de respostas. Os responsáveis pela nova direção reuniram-se com representantes dos setores e ficaram cientes de todos os trabalhos propostos pela Unidade. Assim, propuseram alterações em setores da Unidade, além de se reunirem com a equipe da Ouvidoria para entender a função e suas necessidades. Nesse momento, fortaleceu-se um canal de troca e de intercâmbio entre Ouvidoria e Direção e se solidificou uma relação de parceria na construção de respostas às frequentes demandas apresentadas na realidade institucional.

No *2º Ciclo*, apontam-se enfaticamente as atividades de cunho educativo e de estímulo a maior participação dos usuários do SUS, dos profissionais e dos moradores, que se emolduraram por meio da realização de atividades no Centro de Estudos da Unidade.

No primeiro mês do ano de 2011, em comparação com os atendimentos do ano anterior, houve redução, tanto de usuários, como de funcionários, aguardando-se com expectativa as mudanças de alguns setores da Unidade. Já em fevereiro, novas manifestações puderam ser acolhidas. Em março de 2011, ocorreu uma nova queda no número de atendimentos, por causa das respostas recebidas dos Setores envolvidos, e resultados positivos para usuários, o que se visualiza na Figura 5.

FIGURA 5 - Atendimentos 2011 - 2º Ciclo

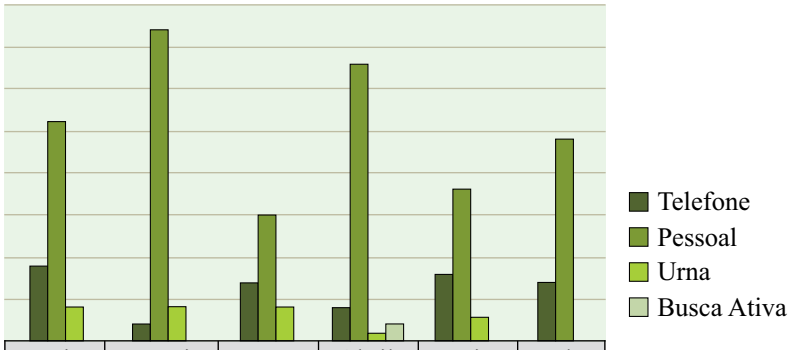


	Janeiro	Fevereiro	Março	Abril	Maio	Junho
Atendimentos	39	43	26	40	29	31

Fonte: Ouvidoria IEDS/2011 - SES.

Na Figura 6, analisa-se que a Busca Ativa e a contínua divulgação dos trabalhos da Ouvidoria IEDS, no primeiro ciclo, fizeram com que o Acolhimento Presencial continuasse como a principal forma de manifestação. Pelo mesmo motivo, percebeu-se uma continuidade nas manifestações por telefone e pelo recolhimento de fichas de manifestações nas urnas localizadas na Unidade.

FIGURA 6 - Formas de Manifestações



	Janeiro	Fevereiro	Março	Abril	Maio	Junho
Telefone	9	2	7	4	8	7
Pessoal	26	37	15	33	18	24
Urna	4	4	4	1	3	0
Busca Ativa	0	0	0	2	3	3

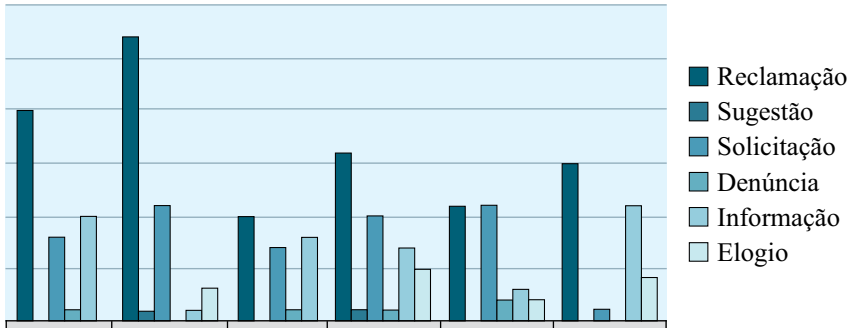
Fonte: Ouvidoria IEDS/2011 - SES.

A natureza dos atendimentos, nesse segundo ciclo, demonstrada na Figura 7, dá destaque às reclamações, porém as manifestações, cujo objetivo é solicitar melhora no atendimento, ou até mesmo pedir informação sobre o funcionamento e as regras da Unidade, podem ser notadas com maior intensidade.

O que merece maior destaque na análise diz respeito ao aumento considerável de elogios nas manifestações de usuários, que, em momento anterior, vieram à Ouvidoria para declarar-se contra a Assistência à Saúde. Tal aumento no número de elogios pode ser atribuído ao crescimento de devoluções de respostas das manifestações.

Em consequência do aumento de respostas emitidas pelos setores envolvidos nas manifestações, destaca-se o número crescente de casos concluídos, em comparação ao pretérito período de análise. Saliente-se também a mudança da Direção Geral, as consequentes alterações em setores da Unidade, que contribuíram para o aumento de respostas recebidas e a resolutividade dos casos.

FIGURA 7 - Natureza do Atendimento



	Janeiro	Fevereiro	Março	Abril	Maio	Junho
Reclamação	20	27	10	16	11	15
Sugestão	0	1	0	1	0	0
Solicitação	8	11	7	10	11	1
Denúncia	1	0	1	1	2	0
Informação	10	1	8	7	3	11
Elogio	0	3	0	5	2	4

Fonte: Ouvidoria IEDS/2011 - SES.

Na Figura 8, destacam-se as principais manifestações recebidas no segundo ciclo. Algumas foram mantidas, porém novos casos puderam ser mais bem analisados pelos setores envolvidos e pela própria Direção Geral que passou a analisar de perto as reclamações.

- **Assistência à saúde -** problemas com relação à falta de estrutura para atendimentos e às dificuldades para a realização de consultas e de exames mantiveram-se ainda como uma constante nas manifestações, porém a divisão médica passou a responder às manifestações com maior assiduidade;
- **Vigilância Sanitária -** tais reclamações quanto à alimentação oferecida a funcionários e moradores e distribuída nos refeitórios e/ou nos pavilhões surgiram após divulgação da Ouvidoria e constatação de algumas melhorias pós- manifestações;

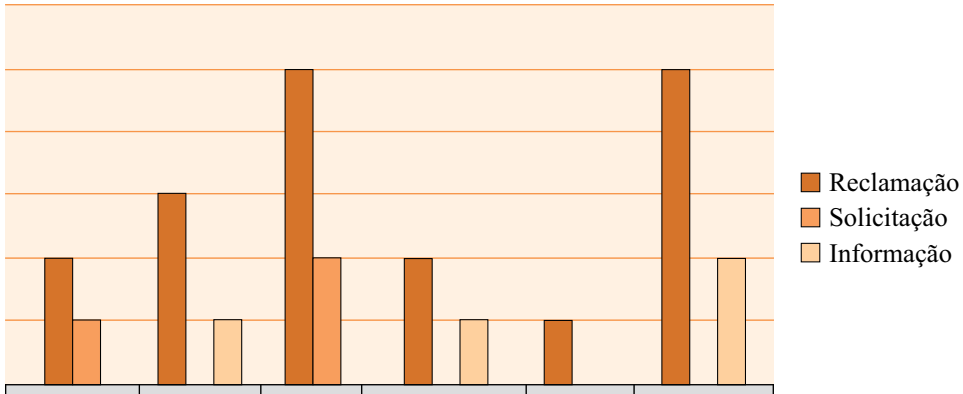
• **Maus-tratos -** usuários que conseguiram construir um vínculo de confiança com a Ouvidoria sentiram-se mais à vontade para manifestarem-se contra os desrespeitos a seus direitos diante dos maus-tratos de profissionais de saúde;

• **Infraestrutura -** com a possibilidade de melhorias na Unidade, a parte física (sinalizações, etc.) passou a receber manifestações;

• **Divisão Médica -** faltas e atrasos de profissionais, em dias de marcação de consulta, foram percebidos. Pelo mesmo motivo destacado, a Divisão Médica passou a ser mais participativa e cobrada pela Direção da Unidade;

• **Marcação de consulta -** passou a ser alvo de reclamações de usuários que se sentiram desrespeitados quando da marcação de consultas pelos funcionários da Unidade. Esse foi um dos casos levados à apreciação da Direção Geral após constantes manifestações.

FIGURA 8 - Principais Manifestações



	Assistência Saúde	Vigilância Sanitária	Maus Tratos	Infraestrutura	Divisão Médica	Marcação de Consulta
Reclamação	2	3	5	2	1	5
Solicitação	1	0	2	0	0	0
Informação	0	1	0	1	0	2

Fonte: Ouvidoria IEDS/2011 - SES.

3 CONCLUSÃO

No estudo apresentado, visou-se a apresentar o processo de evolução das ações da Ouvidoria Descentralizada (vinculada à Ouvidoria Geral - SES) no espaço institucional, proporcionando a ex-pacientes, funcionários e moradores da comunidade uma estratégia na luta por seus direitos que, nos dias de hoje, ainda lhes são negados.

Identificou-se, em um primeiro período, que a Ouvidoria se apresentava como "porta de entrada" para maior aproximação dos usuários com a Direção; entretanto um dos desafios desse período foi a dificuldade em finalizar respostas para os usuários.

Já em um segundo momento, a Ouvidoria IEDS conseguiu efetivar e concluir com maior facilidade as respostas em parceria com a Direção. E com essa visão de preocupação da nova gestão, que conseguiu ver a Ouvidoria IEDS como parceira para a melhoria da Instituição, a participação de moradores da comunidade, funcionários e pacientes pode ser alavancada. Reclamações e solicitações que conseguiram ser solucionadas deram lugar para que outras manifestações pudessem ser notadas e a população acreditasse na luta por melhores condições de atendimento.

Guardadas as devidas proporções, da mesma forma que o funcionário se sente valorizado numa perspectiva de gestão participativa, o usuário, quando ouvido, é valorizado e estimulado para tornar-se mais envolvido no processo de luta por seus direitos, fazendo valer a cidadania.

Como descrito e destacado, pode-se perceber que ainda é necessário debruçar-se num trabalho por muitas modificações na Unidade, para conseguir melhor Assistência à Saúde, respeitando-se a cidadania de cada membro envolvido nesse embate. Porém todo o trabalho de Gestão Participativa é um processo, e, como tal, urge crescer com envolvimento para que possa ter continuidade.

Deu-se o primeiro passo na Instituição que, por anos, não teve um canal de abertura para expor manifestações e desejos. No momento, o trabalho precisa ser contínuo para gerar mais frutos, conseguir ser percebido e ter crédito por parte de muitos futuros cidadãos.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Participativa. Departamento de Ouvidoria Geral SUS. **Oficina de ouvidoria do SUS**. Brasília, 2005. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/oficina_ouvidorias_SUS.pdf>. Acesso em: 1 nov. 2011.

CONSELHO FEDERAL DO SERVIÇO SOCIAL (Brasil). Grupo de trabalho Serviço social na saúde. **Parâmetros para atuação do assistente social na saúde**. Brasília, [s.n.], 2009.

L´APICCIRELLA, N. Democracia no Brasil. **Revista Eletrônica de Ciências**, São Carlos, SP, n. 24, fev./mar. 2004. Disponível em: <www.cdcc.usp.br/ciencia/artigos/art_24/demobr.html>. Acesso em: 1 nov. 2011.

MORAES, D. C. P. et al. Ouvidorias como dispositivos de gestão participativa de políticas públicas: sua história e experiência no Pará. In: CONGRESSO CONSAD DE GESTÃO PÚBLICA, 3., 2009. **Anais eletrônicos**... Disponível em: <www.consad.org.br/sites/1500/1504/00001892.pdf>. Acesso em: 15 abr. 2013.

POORMAN, E. A. **The hope of redemption**: science, coercion, and the leper colonies of Brazil. 2006. 125 f. Thesis (History of Science) – Harvard University, Cambridge, Massachusetts, 2006.

PREDEBON, E.; SOUSA, P. **As organizações, o indivíduo e a gestão participativa**. Disponível em: <www.unioeste.br/campi/cascavel/ccsa/IISeminario/trabalhos/As%20organiza%C3%A7%C3%B5es%20o%20individuo%20e%20a%20gest%C3%A3o%20participativa.pdf>. Acesso em: 1 nov. 2011.

RIO DE JANEIRO (Estado). Secretaria de Estado de Saúde e Defesa Civil. Ouvidoria Geral. **Manual de normas e procedimentos das ouvidorias das unidades próprias**. Rio de Janeiro: [s.n.], 2010.

_____. Secretaria de Estado de Saúde e Defesa Civil. **Ouvidoria Geral**: relatórios mensais das ouvidorias das unidades próprias. Rio de Janeiro: [s.n.], 2010.

_____. Secretaria de Estado de Saúde e Defesa Civil. Ouvidoria Geral. **Procedimento operacional padrão para acolhimento das manifestações**. Rio de Janeiro, [s.n.], 2010.

_____. Secretaria de Estado de Saúde e Defesa Civil. **Resolução nº 999 de 29 de janeiro de 2010**. Estabelece os prazos de resposta das manifestações na Ouvidoria geral. Rio de Janeiro, 4 fev. 2010. Disponível em: <www.legislacaodesaude.rj.gov.br/resolucoes/4661-resolucao-sesdec-n999-de-29012010.html>. Acesso em: 9 jul. 2014.

A EXPERIÊNCIA DA WEB RÁDIO AJIR COM EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE

Gislene Holanda de Freitas[1]
Raimundo Augusto Martins Torres[2]
Francisca Lucia Nunes de Arruda[3]
Daniele Vasconcelos Fernandes Vieira[4]
Maria Rocineide Ferreira da Silva[5]
Lucilane Maria Sales da Silva[6]
Victor Martins Gomes[7]
Antônia Lis de Maria Martins Torres[8]

RESUMO

O uso das Tecnologias da Informação e da Comunicação (TIC's) no campo educacional é uma forma de trazer inovação para o processo de construção de conhecimento, bem como para a realização de trocas de saberes e de experiências. No campo da saúde, as TIC's e a educação oportunizam grande produtividade nas atividades de formação de acadêmicos da área da saúde, de educação e saúde para a população, bem como de qualificação de profissionais com a educação permanente em saúde. O objetivo deste estudo é descrever a experiência de utilização de uma web rádio como ferramenta de ensino e mobilização na qualificação da gestão no SUS. A relevância deste estudo refere-se à oportunidade de conhecer as contribuições que a utilização desta ferramenta de comunicação digital agrega ao saber e ao fazer na capacitação de profissionais da saúde. A Web Rádio AJIR é um canal de comunicação digital, criada por jovens

[1] Graduada em Enfermagem pela Universidade Estadual do Ceará (UECE). Graduada em Filosofia pela mesma universidade. Membro efetivo do projeto da Web Rádio AJIR. E-mail: gigihf@hotmail.com.

[2] Professor da Universidade Estadual do Ceará – UECE. Doutor em Educação Brasileira, coordenador do Projeto Web Rádio AJIR: o canal de comunicação digital da sociedade civil com a universidade.

[3] Enfermeira, Mestra em Saúde Pública e Coordenadora da Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde da SESA.

[4] Mestranda do Programa de Pós-graduação Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde (PPCCLIS) da Universidade Estadual do Ceará. Membro efetivo do projeto da Web Rádio AJIR (UECE).

[5] Doutora em Saúde Coletiva. Professora Assistente do Curso de Enfermagem da Universidade Estadual do Ceará. Vice-Líder do Laboratório de Práticas Coletivas em Saúde e Enfermagem (LAPRACSE).

[6] Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora Adjunto do Curso de Enfermagem da Universidade Estadual do Ceará. Docente do Mestrado de Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde. Líder do LAPRACSE.

[7] Graduada em Pedagogia pela FACED/UFC, Mestre (FACED/UFC) e Doutora em Educação pela Faculdade de Educação UFC. Professora efetiva da Universidade Federal do Ceará (UFC).

[8] Acadêmico de graduação em Administração da Faculdade Integrada do Ceará (FIC). Técnico em mídias digitais, integrante da Associação dos Jovens de Irajá - AJIR.

da Associação dos Jovens do Irajá (AJIR), e está vinculada ao Laboratório de Práticas Coletivas em Saúde – LAPRACS, da UECE. Esta emissora digital, atualmente, realiza uma programação em um estúdio-sala situado na UECE, na cidade de Fortaleza. Constam em suas atividades as seguintes modalidades de atividades educativas: web's aulas do curso de Especialização em Gestão do Trabalho e Educação em Saúde – são direcionadas para 30 profissionais de saúde de 15 municípios do Estado do Ceará, que atuam nas áreas de gestão e controle social no SUS, promoção da saúde para jovens de 10 escolas do Estado; web's aulas e seminários para cursos de graduação da saúde – debates com os movimentos sociais de educação popular em saúde, entre outros. No entanto, a emissora é um canal aberto à participação da sociedade civil, pois seu conteúdo é disponibilizado na rede mundial de computadores de forma livre, ou seja, sem bloqueios, sendo possível o compartilhamento e difusão do mesmo com outras redes sociais na internet. Essa experiência formativa e inovadora traz para a educação e mobilização social em saúde, uma nova proposta teórica e metodológica, contribuindo como maior motivação e incentivo para a produção e compartilhamento de saberes em educação e saúde de modo presencial no virtual.

Palavras-chave: Educação Permanente. Tecnologias. Saúde.

1 INTRODUÇÃO

O uso das Tecnologias da Informação e da Comunicação (TIC's) no campo educacional é uma forma de trazer inovação para o processo de construção de conhecimento, bem como para a realização de trocas de saberes e de experiências. Segundo Lima (2007), os alunos são colocados imersos em linguagens que inovam a estrutura de comunicação com base na interatividade, colaborando com o surgimento de novas possibilidades de aprendizagem, com a utilização das tecnologias digitais como uma alternativa metodológica para a educação.

No campo da saúde, as TIC's e a educação oportunizam grande produtividade nas atividades de formação de acadêmicos da área da saúde, de educação e saúde para a população, bem como de qualificação de profissionais com a educação permanente em saúde.

O Ministério da Saúde entende que a educação permanente se baseia na aprendizagem significativa e na possibilidade de transformar as práticas profissionais e a própria organização do trabalho. Além disso, a educação permanente pode ser entendida como aprendizagem-trabalho, ou seja, ela acontece no cotidiano das pessoas e das organizações (BRASIL, 2006). Deste modo, o uso das TIC's para a educação permanente mostra-se de grande relevância por facilitar sua realização dentro do campo de trabalho do profissional.

Ciberespaço, desmaterialização das informações, reorganização do tempo e espaço, velocidade, são conceitos muito utilizados em nosso cotidiano cultural, econômico, social, político e educacional, ilustrando um novo comportamento e uma nova maneira de pensar (LIMA, 2007).

A chamada revolução tecnológica tem modelado novos espaços e tempos, retratando a sociedade contemporânea. As novas tecnologias de informação ajudam a disseminar grande número de informações em questão de minutos, favorecendo, assim, à educação em diversos níveis de aprendizagem.

> Os processos tecnológicos utilizados, hoje em dia, são considerados tecnologias intelectuais, pois, como a oralidade e a escrita, também participa ativamente do processo cognitivo, modificando ações, transformando conceitos em um estado virtual, de potencialização e de modernização das classes cognitivas em seu complexo de contexto digital e social (SILVA, 2007, p. 1).

O objetivo deste estudo é descrever a experiência de utilização de uma web rádio como ferramenta de ensino e mobilização na qualificação da gestão no SUS, especificamente, no trabalho de formação profissional no curso de Especialização em Gestão do Trabalho e

da Educação na Saúde, que é articulado em parceria com a Universidade Estadual do Ceará (UECE), Secretaria Estadual da Saúde (SESA), Escola Nacional de Saúde Pública / Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ) e o Ministério da Saúde (MS), a mobilização social com os jovens de dez escolas do Estado do Ceará e sua utilização uso na formação dos profissionais de graduação em saúde e dos SUS.

A relevância deste estudo refere-se à oportunidade de conhecer as contribuições que a utilização desta ferramenta de comunicação digital agrega ao saber e ao fazer na capacitação de profissionais da saúde; de estimular atividades inovadoras, incentivando a educação permanente em saúde mediada pelas TIC's.

1.1 Rádio, *Web* Rádio e Educação

A utilização do rádio para a disseminação de informações é uma das maneiras mais antigas que existe. Segundo Silva (2000, p. 155 apud FORTUNA, 2009), o rádio é o único meio de comunicação que permite um alto nível de proximidade: "Dirigir, ler, trabalhar (em casa, no escritório, nas lojas do shopping, no corte de cana, na lavoura), tomar banho, correr na praia, descansar, enfim, quase todas as nossas atividades podem ser embaladas ao som desse bom e velho companheiro". Assim, pode-se ouvir rádio sem deixar de realizar outras atividades nesse período de tempo, diferentemente de outros meios de comunicação, que exigem que o receptor pare o que está fazendo para ler ou ver determinada informação (FORTUNA, 2009).

O rádio mostra vantagens em relação a outros meios de comunicação, pois ele trabalha somente com a questão sonora e, por esse motivo, desperta a imaginação dos ouvintes. "Sendo assim, o veículo radiofônico colabora muito no que diz respeito ao incentivo da manifestação da linguagem, seja em forma de palavras ou da imaginação, ela está presente constantemente no veículo radiofônico" (FORTUNA, 2009, p. 14).

Soares et al. (2010) diz que a utilização do rádio para educar está presente na história da radiodifusão brasileira desde a fundação das primeiras emissoras. Contudo, devido à proliferação dessa mídia como um meio favorável ao discurso do capital, aos poucos, o sonho de Roquete Pinto, que falava do rádio como o mestre daqueles que não podem ir à escola e o jornal dos que não sabem ler, foi deixado de lado.

O melhor momento em que a aprendizagem acontece pode ser, justamente, quando a

informação envolve o aprendiz, e o discurso radiofônico pode colaborar para o aprendizado de seus produtores e ouvintes.

> O rádio envolve o ouvinte, fazendo-o participar por meio da criação de um "diálogo mental" com o emissor. Ao mesmo tempo, desperta a imaginação através da emocionalidade das palavras e dos recursos de sonoplastia, per-mitindo que as mensagens tenham nuances individuais, de acordo com as expectativas de cada um. (ORTRIWANO, 1985 apud FORTUNA, 2011, p. 80)

Segundo Pereira Filho (2009), no cenário contemporâneo, são percebidas as profundas transformações que o mundo vem enfrentando desde o século passado. As TIC's *(...) interligam os principais pontos do planeta e acarretam mudanças na maioria dos indivíduos e na sociedade, ao mesmo tempo em que no contexto político o Estado perde a força, com as políticas de privatização e de Estado mínimo, e uma profusão de entidades da sociedade civil tentam preencher os espaços abandonados pelo poder governamental.*

> Nesse cenário surgem diversas iniciativas em vários lugares, por pessoas e instituições, munidos de idéias, visando uma transformação social. Estes se utilizam das inovações tecnológicas, especialmente no campo das comunicações para seus propósitos. A educação, neste contexto, também foi atingida pela força da mídia por vários lugares e pessoas, seja da inserção dos meios na escola, seja da inclusão da escola nos meios, e nos próprios educadores e educando que "consomem" produtos midiáticos, bem como da introjeção da linguagem das tecnologias nos sujeitos de toda a sociedade (PEREIRA FILHO, 2009, p. 28).

Educação e comunicação percorrem, juntas, o caminho longo do processo de ensino-aprendizagem dos alunos. Segundo Fortuna (2009), o termo educomunicação foi cunhado pela primeira vez pelo filósofo da educação Mario Kaplun, amigo e parceiro de Paulo Freire. O conceito explicita uma junção da educação e da comunicação e firma-se como um novo campo de intervenção, em que se busca ressignificar os movimentos comunicativos no âmbito da educação. Anteriormente a Kaplun, porém, na década de 70, o estudioso espanhol Francisco Gutierrez já versava sobre o tema, ainda que não sob o nome de educomunicação.

A Educomunicação pode ser definida como:

> O conjunto das ações inerentes ao planejamento, implementação e avaliação de processos, programas e produtos destinados a criar e fortalecer ecossistemas comunicativos em espaços educativos presenciais ou virtuais, assim como a melhorar o coeficiente comunicativo das ações educativas, incluindo as rela-cionadas ao uso dos recursos da informação no processo de aprendizagem (SOARES, 2002, p. 115).

Como produto do processo evolutivo das mídias do modo convencional para o formato online, o rádio vem sendo cada vez mais bem utilizado como uma interface interativa e colaborativa na formação de uma pedagogia crítica da sociedade (SOARES et al., 2010).

Barbosa Filho (2003 apud Soares et al., 2010) ressalta como uma das principais características do rádio a sua função social de atuar como agente de informação e formação do coletivo. O autor ainda salienta que o rádio tem a "magia de cativar e seduzir os seus ouvintes, conduzindo-os a atitudes e comportamentos [...], um meio que influencia o cotidiano das pessoas, e assim nos possibilita resultados positivos".

Soares et al. (2010) diz ainda que quando bem utilizadas, as tecnologias, em contexto pedagógico, podem favorecer experiências enriquecedoras, potencializando novas formas de ensinar e aprender que contribuem para o aumento do repertório dos saberes, porém, durante muitos anos, acreditou-se que a mídia não contribuía com o processo de ensino-aprendizagem. A televisão, o rádio e mais recentemente o computador foram rotulados como ferramentas de entretenimento, sem finalidades educacionais e com consequências prejudiciais ao aprendizado. Esta concepção que hoje está mais que obsoleta, afinal, esses elementos demonstram dentro da escola, uma racionalidade instrumental e técnica, que só vem a melhorar o ensino (THIER, 2011).

O rádio como um veículo de comunicação de massas sofreu inúmeras mudanças ao longo dos anos, mediante ao desenvolvimento da informática e da cibercultura. O processo de digitalização sofrido pelas emissoras convencionais e a disponibilidade de seus conteúdos na Internet, contribuíram para o surgimento de um novo meio que se caracteriza através da junção entre a radiodifusão e a internet, surgindo o novo meio Web Rádio. Por sua vez, a educação tem-se aproveitado dos novos recursos tecnológicos para desenvolver metodologias de ensino educativas multidisciplinares nas mais diversas áreas do conhecimento. Ao contrário do rádio convencional, a expansão das rádios na Internet com vertente educativa e formativa é explicável pelo baixo custo financeiro para veiculação dos programas, pela flexibilidade síncrona e assíncrona da programação, pela cobertura geográfica e pelo conjunto de interfaces tecnológicas que são disponibilizadas em ambiente virtual entre outros (SOARES et al., 2010).

A *web* rádio quando aliada ao processo educativo torna-se um potencial impar na criação de um processo de aprendizagem critico, dinâmico e participativo, em que os cidadãos poderão falar, agir, expressarem-se, compartilhar conhecimentos e divulgar conteúdos. Outra característica relevante da convergência de mídias que favorece a formação de uma metodologia de ensino dinâmica e satisfatória, neste caso, a convergência do computador com a rádio, estabelece-se no sentido de facilitar o ensino através da discussão e da interdisciplinaridade de temas atuais que perpassam o conteúdo tradicional das disciplinas escolares proporcionando ao alunado a oportunidade de explorar diversos tipos de conhecimentos disponíveis na atual sociedade da informação através do ciberespaço (SOARES et al., 2010).

As TIC's e a nova roupagem do rádio na internet pode ser observado como expediente para a educação, objetivando despertar nos alunos o interesse pela formação. O potencial educativo contido na referida mídia é de grande significância, pois trata-se de um instrumento de democratização que pode proporcionar a formação critica do sujeito (SOARES et al., 2010).

Fernandes e Silva (2009) sugerem uma reflexão na comparação entre os dois formatos de rádio, sendo possível perceber que o rádio online delimita bem a aproximação entre a educação e a comunicação. Permite compreender o ensino e a aprendizagem como um único momento que envolve um processo de comunicação interativa. Isto muda a concepção de ensino-aprendizagem porque com a interação não se transmite algo, mas se produz coletivamente (FERNANDES; SILVA, 2009).

QUADRO 1 - Quadro comparativo entre dois modelos de rádio

MODELOS DE RÁDIO	
Radiodifusão	**Radio *Online***
Programas são escutados no momento em que a rádio toca.	Programas são escutados quando o ouvinte deseja.
Aprendizagem sistemática, baseada na transmissão e retenção de informações.	Aprendizagem cooperativa, baseada na troca, na construção do conhecimento.
Meio de divulgação.	Meio de produção cultural.
Aluno como reprodutor de informações.	Aluno como transformador de uma realidade.
Visa à fixação de conteúdos.	Visa a problematização da realidade e ao desenvolvimento do pensamento crítico.
Programas curriculares.	Programas temáticos construídos coletivamente.
Produção externa ao grupo e centrada no meio.	Produção centrada no interesse do grupo.
Utilização rígida.	Manipulável.
Foco na veiculação dos programas.	Foco no processo de construção dos programas.

Fonte: Rádio Online na Escola: Interatidade e Cooperação no Ambiente de Aprendizagem. GT: Educação e Comunicação, n° 16, 2009

Para Uribe (2006), a transição do sistema analógico para o digital e a sua difusão na web pressupõe a ruptura de fronteiras locais, regionais e nacionais para ter acesso ao meio desde qualquer parte do mundo. O ingresso da rádio no ciberespaço permite que os seus canais sejam alcançados a partir de qualquer computador que tenha conexão à rede. Com a web a rádio diversificou os seus serviços, os seus conteúdos e emissões, dando-lhe outro ritmo de produção e distribuição diferente do modo linear conhecido, que transmite em tempo real e ao vivo.

Bottentuit e Coutinho (2008) diz que após a leitura de alguns artigos, dentre os quais ele destaca os de Quadros et al. (2004), Godoy Junior, Barbosa, Prado & Daguano (2007) e de Pereira & Passos (2007), que abordam e problematizam o potencial educativo da utilização

pedagógica da rádio e da TV na web, ele passou a sistematizar algumas das vantagens que pode trazer a integração educativa destas tecnologias:

- Um incentivo à leitura e produção de material para disponibilização nos episódios;
- Um incentivo à oratória e à narrativa;
- Uma forma de ampliar a capacidade comunicativa dos alunos e a reflexão crítica;
- Uma proposta para pesquisa, seleção e síntese de informações;
- Uma oportunidade para discussão de temas transversais do currículo;
- Uma oportunidade para ensino e aprendizagem colaborativos e cooperativos;
- Uma maior motivação para as atividades em sala de aula;
- Uma forma de utilizar as tecnologias de informação e comunicação na educação;
- Uma possibilidade de difusão do material produzido à escala mundial;
- Pode ajudar a reduzir as distâncias e auxiliar no crescimento cultural;
- Uma ferramenta excelente tanto para atividades de b-learning como e-learning;
- Uma forma de garantir a troca de conhecimentos entre o professor, o aluno e a comunidade;
- Um meio para introduzir novos conhecimentos de investigadores e convidados através de entrevistas e intercâmbio de conhecimentos na produção e difusão do conteúdo;
- Uma forma para que o aluno troque o status de consumidor para produtor da informação;
- Um desafio para que o professor deixe de ser o centro da informação e do saber para se transformar num mediador.

2 APRESENTANDO A EXPERIÊNCIA

A *Web* Rádio AJIR é um canal de comunicação digital, criada por jovens da Associação dos Jovens do Irajá (AJIR), e está vinculada ao Laboratório de Práticas Coletivas em Saúde – LAPRACS, da UECE. Esta emissora digital, atualmente, realiza uma programação em um estúdio-sala situado na UECE, na cidade de Fortaleza.

A Associação dos Jovens de Irajá – AJIR é uma entidade civil, de direito privado, sem fins lucrativos, situada no distrito de Irajá – Hidrolândia, município localizado no sertão do Ceará. Ela foi fundada em 20 de abril de 1987 e publicada no Diário Oficial do Estado do Ceará em 09/09/1991.

A *Web* Rádio AJIR oferece programas com conteúdos de música e esporte, como também desenvolve atividades para a formação acadêmica do curso de Graduação em Enfermagem; educação permanente em saúde para os profissionais de saúde do Sistema Único de Saúde; educação em saúde para adolescentes escolares; web aulas para cursos de especialização; web-seminários e cursos com temáticas voltadas para a área da saúde e educação. Este canal vem ganhando reconhecimento nos últimos anos, devido a sua capilaridade de compartilhar saberes e informações com a sociedade civil. Neste sentido, foi destaque do programa Salto para o Futuro do Ministério da Educação; destaque do Seminário Nacional da Gestão do Trabalho e Educação na Saúde – SGTES, realizado em Brasília, pelo Ministério da Saúde, no ano de 2010, entre outros destaques, foi também premiado pelo Ministério da Cultura e Educação no edital Cultura e Saúde pela promoção da educação, cultura, e lazer.

Na programação da Web Rádio AJIR existem dois programas voltados para a área da saúde que são: o Em Sintonia Com a Saúde (S@S), que é destinado aos alunos de escolas públicas do estado do Ceará, e realiza atividades de educação e saúde, oportunizando aos acadêmicos da universidade à realização destas atividades contribuindo com a formação de cada um, dentro de uma equipe multidisciplinar. O programa acontece todas as quartas-feiras, às 16:00h, com 1 hora de duração. Outro programa é o Enfermagem Digital, que é destinado aos acadêmicos e profissionais de saúde, visto que ele traz temáticas que envolvem o SUS em sua complexidade de sub-temas existentes, além de assuntos voltados para a profissão de enfermagem. O programa é transmitido quinzenalmente, às 19:00h, com duração de 2 horas.

Dentro destes dois programas, são feitos recortes e extensões para a transmissão de *web* aulas, *web* seminários e cursos online, com horários alternativos. Estes formatos de programas

são destinados a um grupo focal, qual seja alunos de graduação de Enfermagem do 5 semestre, da disciplina Políticas e Saberes em Saúde Coletiva; alunos do curso de Especialização em Gestão do Trabalho e Educação em Saúde; profissionais de saúde e gestores do SUS, estando livre para a participação de qualquer ouvinte interessado.

A interatividade entre os internautas e a sala – estúdio acontece através da utilização da internet, com a qual os ouvintes acessam o web-site: <www.ajiruece.com.br>, obtendo acesso ao áudio e às imagens, ao vivo, do programa, bem como utilizam o Messenger (MSN): <juventude@ajir.com.br> e o Mural de Recados para envio de suas perguntas, respostas, comentários e anseios relacionados ao tema em questão. O canal disponibiliza outras ferramentas interativas e de entretenimento que os ouvintes demonstram afinidade, como o Twitter: <@radioajir> e o Facebook: Rádio AJIR.

As web aulas do curso de Especialização em Gestão do Trabalho e Educação em Saúde são direcionadas para 30 profissionais de saúde de 15 municípios do Estado do Ceará, que atuam nas áreas de gestão e controle social no SUS, além de outros que têm livre acesso ao conteúdo da web rádio, que são profissionais e acadêmicos da área da saúde, social, movimentos de educação, profissionais dos serviços e população em geral que acessa a internet.

Como conteúdo de formação do curso de especialização, a equipe de coordenação realiza os seminários temáticos, abordando temas como controle social, educação popular em saúde, processos de gestão da educação na saúde, elementos de pesquisa intervenção, tecnologias da comunicação e informação aplicadas à saúde e à educação, entre outros temas que são contextuais na formação do especialista em gestão do trabalho e da educação na Saúde.

Estes web seminários, também, são realizados ao vivo, com convidados que detém domínio dos temas e com os alunos através dos seus locais de trabalho que acessam a web rádio, utilizando as ferramentas síncronas e assíncronas para dialogar e fazer o debate sobre o tema em questão. A potência desta ferramenta, no entanto, se produz a partir do alcance que ela tem, pois como se trata de um site aberto, outros profissionais e a população em geral acessam o conteúdo do debate, podendo interferir e dialogar com os alunos e com os debatedores convidados, isto, portanto, possibilita com que o conteúdo a ser tratado tenha um maior alcance e chegue não só ao público definido, mas também a outros profissionais que se aproximam da área ou não. Assim, a emissora cumpre um importante papel na formação da gestão do trabalho e da educação na saúde, bem como de divulgação dos princípios de universalidade, integralidade e equidade da informação e da formação para estruturação e qualificação do SUS.

A participação dos alunos online apresenta 100% de frequência, pois a comodidade de seus campos de trabalho ou residências os faz mais ativos e motivados ao debate. No momento dos debates, registra-se um trânsito de mais de 100 computadores plugados no site, o que nos possibilita analisar que esta experiência pode ser reaplicada com outros municípios e estados brasileiros, tendo em vista a sua capilaridade via internet.

É uma experiência exitosa que vem oferecendo oportunidades aos ouvintes de troca de saberes, de construção de conhecimentos, de socialização de conteúdos de interesse comum, de compartilhamento de anseios, pensamentos e notícias, bem como de divulgação de eventos e cursos destinados à área da saúde.

3 RESULTADOS E DISCUSSÕES

A experiência de utilização das TIC's, através da Web Rádio AJIR vem trazendo, há mais de três anos, produtividade e contribuição na formação e na capacitação de profissionais de saúde.

Este canal de comunicação que conta com a parceria da UECE, oferece, aos acadê-micos, oportunidades de ensino, pesquisa e extensão; aos profissionais de saúde, a participação nas atividades de educação permanente em saúde, e aos gestores, a oportunidade de discutir temáticas relevantes e complementares ao exercício do cargo, como, por exemplo, a gestão participativa, que vem sendo uma temática presente em quase todos os programas destinados a este grupo.

O conteúdo de cada programa é ricamente debatido e conta com a participação de todos. Ao final de cada transmissão, obtém-se um hipertexto com o conteúdo enviado pelos ouvintes, como perguntas, comentários e divulgações. Segundo Lévy (1993) o hipertexto é um conjunto de nós ligados por conexões. Os nós podem ser palavras, páginas, imagens, gráficos, sequências sonoras, documentos complexos que podem eles mesmos ser hipertexto. Este hipertexto é arquivado, podendo ser utilizado para pesquisas futuras na área da educação mediada pelas TIC's.

Abaixo, seguem tabelas que expõem os resultados quantitativos do projeto da Web Rádio AJIR dos anos de 2009 e 2010, bem como as atividades planejadas para 2011.

QUADRO 2 - Resultados quantitativos do ano de 2009

RESULTADOS ANUAIS - 2009		
ATIVIDADES	**TEMÁTICAS**	**PARTICIPANTES**
01 Curso de qualificação	• Dengue: educação, prevenção, epidemiologia, acompanhamento de casos nos serviços.	67 profissionais de saúde de 10 municípios do Estado. (Aquiraz, Itaitinga, Fortaleza, Eusébio, Cascavel, Chorozinho, Horizonte, Ocara, Pacajus, Pindoretama).
88 Programas *Em Sintonia com a Saúde (S@S)* com transmissão ao vivo. 264 Programas *Em Sintonia com a Saúde (S@S)* reprisados.	• 20 anos do SUS; Diabetes; Hanseníase; • Problemas na coluna vertebral; • Educação popular; • Hipertensão Arterial; • Tuberculose; • Dengue; • Alcoolismo; • Educação e cidadania; • Drogadicção; • Direitos reprodutivos e a questão do feminino; • HIV/AIDS: educação e prevenção;	1.144 alunos em cada programa ao vivo, distribuídos em 10 escolas. 21 mil acessos no site da emissora.

Continua

Conclusão

RESULTADOS ANUAIS - 2009		
ATIVIDADES	**TEMÁTICAS**	**PARTICIPANTES**
	• Solidariedade e cidadania na prevenção das DST/AIDS; • Educação ambiental e desenvolvimento sustentável; • Práticas integrativas e complementares em saúde: terapia reike; • Saúde mental; • Obesidade infantil; • Educação nutricional e a segurança alimentar; • Gravidez na adolescência; • Saúde do homem; • Infuenza A(H1N1); • Tabagismos; • Cuidado nas práticas de saúde coletiva, Corpo, Saúde e Sexualidade; • Atenção Primária em Saúde-APS(Brasil/Canadá).	
09 Seminários *Online* (Web aulas)	• Educação ambiental, Violência, Gênero, Movimentos Sociais, Psicanálise e clínica social.	207 participantes convidados.
06 Programas Diálogos itinerantes	• Emancipação Humana, Estado e Cidadania.	48 participantes convidados.
07 Programas InterAJIR	• Banda Enverso, Edmar Gonçalves, Aline e Banda, Charlene, voz e violão, especiais A-HÁ e Alanis Morisset.	70 participantes convidados.
08 Programas Enfermagem digital	• Saúde e ambiente sustentável, Acupuntura, Saúde Mental, Hipertensão Arterial, Práticas de Enfermagem, AIDS, Cooperação institucional na saúde/enfermagem, Tecnologia e Saúde.	64 participantes convidados.
15 Programas Irajá Esportes	• Esportes internacional, nacional e local	75 participantes convidados.
01 Programa gravado para a TV MEC - Salto para o futuro	• Tecnologias Sociais: integrando saúde e educação na escola.	39 alunos em 03 escolas no programa ao vivo.

Fonte: Próprio autor.

QUADRO 3 - Resultados quantitativos do ano de 2010

RESULTADOS 2010		
ATIVIDADES	**TEMÁTICAS**	**PARTICIPANTES**
Web Aula do Curso de Especialização em Gestão do SUS - SESA/UECE	TEMA: Mesa de Negociação do SUS (Convidada: Dra. Lúcia Arruda)	• 120 gestores do SUS. Envolvendo 40 municípios do Estado do Ceará. Três regiões: Crato, Quixadá e Fortaleza.
20 Programas *Em Sintonia com a Saúde (S@S)* com as ESCOLAS. 72 Programas *Em Sintonia com a Saúde (S@S)* reprisados.	SÉRIES: (04 PROGRAMAS) • Hanseníase; que manchas queremos enxergar? • Tuberculose: tem sexo/cor e raça? • HIV/AIDS: educação e prevenção;	• 130 alunos em cada programa ao vivo, distribuídos em 10 escolas. • 18 mil acessos no site da emissora.

Continua

Conclusão

RESULTADOS 2010		
ATIVIDADES	**TEMÁTICAS**	**PARTICIPANTES**
	• Educação ambiental e desenvolvimento sustentável; • 20 anos do ECA - Estatuto da Criança e Adolescente; saúde do Homem e reprodutiva;	
01 Seminário Nacional *Online*	TEMA: Racismo e Saúde (Convidados: ONG Criola - Rio de Janeiro - Dra. Jurema Wernek, CNS: Dr. Marmo, PMF: Dra. Loudes Goes e Dr. Antônio Bernardo.	• 32 alunos de graduação em Enfermagem, Medicina e Serviço Social. • 20 internautas. 13 participantes convidados - AGAP.
12 Programas Diálogos itinerantes	TEMA: Fórum Transnacional da Emancipação Humana.	50 participantes convidados.
01 Programas InterAJIR	Artista local: Lançamento do CD Lacerda dos Teclados.	15 participantes convidados.
01 Web Aula da Disciplina Políticas e Saberes em Saúde Coletiva	Mobilização Comunitária e Participação Popular no SUS Convidado: Dr. Elias Silva - CIRANDAS da VIDA	30 alunos de graduação em Enfermagem.
04 Programa Em Sintonia com Saúde (Edição Especial - Seminário ANEPS)	TEMA: Movimento Popular da Saúde, Projeto da Educação Popular para o Brasil e Controle Social e Educação Popular.	30 participantes convidados da Rede de movimentos ANEPS.

Fonte: Próprio autor.

QUADRO 4 - Planejamento das atividades do ano de 2011

RESULTADOS 2010		
ATIVIDADES	**TEMÁTICAS**	**PARTICIPANTES**
CURSOS DE QUALIFICAÇÃO	TEMA: Tuberculose, Hanseníase, H1N1 e Hepatites Virais.	Gestores do SUS, profissionais de Saúde, universidades, Controle Social e Escolas de E. Fundamental e Médio.
Programas *Em Sintonia com a Saúde (S@S)* com as Escolas Públicas	SÉRIES DE PROGRAMAS • Hanseníase: que manchas queremos enxergar? • Saúde Reprodutiva; HIV/AIDS: soropositividade e luta contra o preconceito; • Saúde do Homem e Masculinidades. • Cultura de Paz na Escola.	Escolas de E. Fundamental e Médio.
Seminários *Online*	TEMA: Educação Permanente em Saúde: experiências dialógicas no SUS. TEMA: Pensadores do presente na saúde: Foucault e Deleuze!	Gestores do SUS, profissionais de Saúde, universidades, Controle Social e Escolas de E. Fundamental e Médio(Professores).
Web Aulas	TEMAS: Metodologias Pesquisa-intervenção no Processo de Trabalho no SUS. Modelos de Gestão, Vigilância em Saúde e Gestão e Gestão da Informação no SUS.	Curso de Especialização em Gestão do SUS - UECE/SESA/MS.

Fonte: Próprio autor.

4 CONCLUSÃO

Essa experiência formativa inovadora traz para a educação uma nova proposta teórica e metodológica, contribuindo como maior motivação e incentivo para as aulas presenciais e virtuais, proporcionando maior liberdade de expressão, diante de maiores possibilidades de interação com o facilitador e com o locutor, na medida em que tudo o que é escrito e enviado pelos alunos é compartilhando com ambos, o que, muitas vezes, não ocorre em ambientes tradicionais de ensino devido à limitação de tempo em sala de aula, entre outras dificuldades estruturais.

Todavia, como toda experiência sempre gera outras possibilidades rizomáticas de aprendizagem, o conteúdo do debate escrito é armazenado em nosso banco de dados pois ao final de cada web seminário, obtém-se um hipertexto com o conteúdo enviado pelos alunos, que segundo Lévy (1993) descreve-se como um conjunto de nós ligados por conexões. Os nós podem ser palavras, páginas, imagens, gráficos, sequências sonoras, documentos complexos que podem eles mesmos ser hipertexto. Este hipertexto é compilado, para ser utilizado nas pesquisas e formações futuras na área da educação mediada pelas TIC's no campo da gestão e estruturação do SUS.

REFERÊNCIAS

BOTTENTUIT JUNIOR, J. B; COUTINHO, C. P. Rádio e Tv na Web: vantagens pedagógicas e dinâmicas na utilização em contexto educativo. **TEIAS**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 17, p. 101-109, jan./jun. 2008. Disponível em: <http://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/7964/1/Radio%20e%20TV.pdf>. Acesso em: 26 ago. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde**. Brasília, 2009. (Série B. Textos Básicos de Saúde (Série Pactos pela Saúde 2006, v. 9).

FERNANDES, S.; SILVA, M. **Rádio online na Escola**: interatividade e cooperação no ambiente de aprendizagem. 2009. (GT: Educação e Comunicação, n. 16). Disponível em: <http://kompeni.net/view?=http://www.anped.org.br/reunioes/27/gt16/t1616.pdf>. Acesso em: 23 ago. 2011.

FORTUNA, D. B. **Educomunicação**: importância da apropriação dos media (rádio) no Exercício da Educação Ambiental e Cidadania na comunidade. 2009. Disponível em: <www.bocc.ubi.pt/pag/fortuna-danielle-educomunicacao-importancia-da-apropriacao-dosmedia.pdf>. Acesso em: 26 ago. 2011.

LIMA, T. C. B. Aprendizagem Colaborativa em ambientes virtuais e a perspectiva sóciointeracionista de Vygotsky. In: ENCONTRO DE PESQUISA EDUCACIONAL DO NORTE E NORDESTE, 18., 2007, Macéio. **Anais**..., Maceió, 2007. v.1.

PEREIRA FILHO, S. F. No Ar: Comunicação e Educação pelas ondas da Rádio Escolar. In: COELHO, M. G. P. (Org.) **Pedagogia crítica da mídia**: a teia da mídia-educação nas redes sociais contemporâneas. Natal: UFRN (Adfurn), 2009.

SILVA, L. V. Educação e as novas linguagens tecnológicas digitais: uma aprendizagem constante. **Revista Partes**, [S.l.], v. 5, fev. 2007. Disponível em: <http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:MYSPwSzNmCsJ:www.partes.com.br/educacao/novas_linguagens.asp+as+tecnologias+digitais+educa%C3%A7%C3%A3o+e+sa%C3%BAde&cd=6&hl=pt-BR&ct=clnk&gl=br>. Acesso em: 7 maio 2010.

SOARES, C.; COSTA, T.; MEIRELES, N. A web rádio na Era da Inclusão Digital: uma reflexão sobre o meio web rádio e sua dimensão pedagógica. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE CIÊNCIAS DA COMUNICAÇÃO, 33., 2010, Caxias do Sul. **Anais eletrônicos**... Caxias do Sul, 2010. Disponível em: <www.intercom.org.br/papers/nacionais/2010/resumos/R5-1273-1.pdf>. Acesso em: 15 abr. 2013.

SOARES, I. O. Metodologias da Educação para Comunicação e Gestão Comunicativa no Brasil e na América Latina. In: BACCEGA, M. A. (Org.). **Gestão de Processos Comunicacionais**. São Paulo: Atlas, 2002.

THIER, R. R. **Rádio-Educação**: uma alternativa pedagógica. Disponível em: <www.forummundialeducacao.org/.../doc_Radio Educacao_-_uma_alternativa_pedagogica.doc>. Acesso em: 8 set. 2011.

URIBE, E. V. O rádio digital e o rádio em internet: além das transformações tecnológicas. **Unirevista**, São Leopoldo, v. 1, n. 3, 2006. Disponível em: <www.unirevista.unisinos.br/_pdf/UNIrev_Villegas.PDF>. Acesso em: 23 set. 2011.

Categoria:

“Experiências Exitosas de Gestão Participativa em Municípios com mais de 50 mil habitantes”

GESTÃO PARTICIPATIVA NA MATERNIDADE PÚBLICA MUNICIPAL DE BETIM: PRODUZINDO SAÚDE, SUJEITOS E COLETIVOS

Adriana Diniz de Deus[1]

RESUMO

Realizar gestão participativa na Maternidade Pública Municipal de Betim (MPMB), através de um modelo de gestão centrado no gerenciamento por linhas de cuidado tendo a política de humanização como eixo estruturante que articula a gestão participativa e colegiada, a assistência a usuária dos 13 municípios da microrregional de Betim e a valorização do trabalhador. Foi implantado: o Colegiado Gestor com a participação da diretoria, dos gerentes das linhas de cuidado e de apoio e do coordenador do grupo de trabalho da humanização com reuniões semanais de caráter deliberativo; o Colegiado Ampliado com a participação do Colegiado Gestor e 27 trabalhadores eleitos por voto direto e o Conselho Regional de Saúde com participação de usuários, gestores e trabalhadores. Gestão Participativa pressupõe descentralizar o poder, delegar atribuições e delimitar níveis de governabilidade e para isto foi necessário organizar os arranjos institucionais como acima descrito, porém a gestão participativa acontece principalmente na capilaridade das relações e atitudes cotidianas. Nas comissões internas, na ouvidoria, no direito ao acompanhante, nos encontros educativos para usuários e trabalhadores, na elaboração coletiva dos protocolos clínicos, nas rodas de estudo e de conversa, nas posturas de incentivo à formação de coletivos, à escuta, à valorização do saber do outro, são também espaços de participação e gestão. O Curso/Oficina de Formação Gerencial para o Colegiado Ampliado em 2009 possibilitou a elaboração coletiva do Planejamento Estratégico e Operacional. A Visão elaborada: "Ser reconhecida pelos usuários, funcionários e nacionalmente como uma Maternidade que Valoriza o Trabalhador, realiza Gestão Participativa e possibilita a Família vivenciar uma Experiência Feliz e Segura do Parto / Nascimento" norteou a elaboração de 6 diretrizes de trabalho: oferecer atendimento de qualidade e humanizado às usuárias e sua rede social com as diretrizes da "Clínica Ampliada"; valorizar o trabalhador como sujeito possibilitando o diálogo e compartilhamento das ideias e propostas, resultando em maior satisfação e realização profissional; organizar os processos de trabalho visando à qualidade do atendimento; aprimorar o trabalho em rede e otimizar os recursos financeiros. Das atividades planejadas 70% já foram implantadas e em pesquisa realizada em 2010 o Índice de Satisfação da Usuária da MPMB foi de 98% e do trabalhador de 88%.

Palavra-chave: Saúde. Humanização. Gestão participativa.

---

[1] Médica-ginecologista, sanitarista e gestora hospitalar. Diretora Geral do Hospital Público Regional de Betim. Endereço eletrônico: adrianadedeus@oi.com.br.

1 INTRODUÇÃO

Com uma população de 378.089 habitantes, Betim é considerada a terceira maior cidade em termos populacionais do Estado de Minas Gerais. Possui extensão territorial de 346 Km^2 e localizada na região metropolitana de Belo Horizonte, distante 30 Km da capital mineira. No auge do ciclo do ouro, a região fez parte de uma importante rota de bandeirantes que vinham de São Paulo, tornando-se passagem e pousada de tropeiros. Em consequência do desenvolvimento local Betim se tornou município no ano de 1938 (IBGE, 2010).

Na década de 40, instalaram-se as primeiras indústrias, ligadas à constituição do Parque Siderúrgico Nacional. Por sua oferta privilegiada de infraestrutura, passou a ser um pólo de atração de indústrias. Além de pólo petroquímico, com a inauguração em 1968 da Refinaria Gabriel Passos, empresa subsidiária da Petrobrás e automotivo, com a instalação da Fiat Automóveis, uma das maiores montadoras do País e a maior empresa de Minas Gerais inaugurada em 1976, a cidade também abriga importantes indústrias nos setores de metalurgia, alumínio, mecânica e logística (BETIM, 2009).

Concomitante ao gradual crescimento econômico houve um abrupto crescimento populacional nos anos 80 como também entre o período de 1991 a 2000 que atingiu uma taxa média anual de 5,46% e na última década quando se observou um crescimento populacional de 44,04 % (BRASIL, 2009). Este crescimento além de intenso, devido principalmente ao êxodo de populações rurais despreparadas e desqualificadas para o trabalho que a indústria emergente necessitava, foi desordenado gerando inúmeras ocupações ilegais do território, surgindo grandes aglomerados habitacionais com ausência de benfeitorias urbanas públicas.

Apesar de considerável arrecadação, os governos municipais tem se deparado com o grande desafio de melhorar as condições de vida da população. Em 2000, o Índice de Esperança de Vida ao Nascer em Betim era de 71,76 anos, o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) de 0,77 e o Índice de Exclusão Social de 0,51. Em 2003 o Índice de Analfabetismo foi de 21.43 % e em 2005 o Grau de Urbanização era de 97.3%. (BETIM, 2009).

Conforme o Plano Diretor de Regionalização da Secretaria de Estado da Saúde e do Ministério da Saúde, o estado de Minas Gerais é dividido em 13 Macrorregiões e 75 Microrregiões. A Microrregião de Betim pertence à Macrorregião Centro, cujo pólo é o Município de Belo Horizonte. A Microrregião de Betim é composta por 13 (treze) Municípios que em seu conjunto totalizam 624.062 habitantes, sendo Betim o município sede com 61% da população da Microrregião e onde concentra a maior Rede de Serviços de Saúde.

Em 1998 Betim adere à Gestão Plena do Sistema Municipal, conforme a NOB-SUS/96 e em 2004 conforme a NOAS 01/02. A adesão ao Pacto pela Saúde, nos componentes pela Vida e de Gestão, com a Secretaria de Estado de Saúde e Ministério da Saúde foi estabelecida no ano de 2006. (BETIM, 2010).

Ao avaliar os dados epidemiológicos do município pode-se observar que em 2009 as Doenças do Aparelho Circulatório são o principal grupo de causa de mortalidade da população geral, com 22,9% das causas de morte seguidas de perto pelas causas externas com 20,2% e logo após pelas doenças neoplásicas com 13,1%. (BRASIL, 2009). A mortalidade infantil vem decaindo no país, mas em Betim a curva descendente é acentuada em todos os três componentes do indicador. Em 1996 o índice de mortalidade infantil era de 29,5 por mil nascidos vivos, portanto maior que a média nacional, no ano de 2010 chega a 8,8 compatível com os índices dos países desenvolvidos. (INDICADORES ..., 2010).

No Município, o número de nascidos vivos vem mantendo-se quantitativamente estáveis entre 2008 a 2010, variando em torno de 5.800 nascidos vivos no ano. A taxa de fecundidade total em 2010 foi de 1,7. Cem por cento dos partos são hospitalares. A proporção de partos cesariana no Hospital particular do Município mantém-se em torno de 65% e nas Maternidades Públicas estes valores foram bem menores com a média de 32% em 2009. A proporção de mães adolescentes foi de 15,1% em relação aos nascidos vivos em 2010. A Taxa de Mortalidade Materna neste mesmo ano foi de 16,9 por 100 mil nascidos vivos. No Pré natal 76,4% das gestantes tiveram mais de 7 consultas e 94,6% tiveram mais de 4 consultas no ano de 2010. Nascidos vivos com menos de 2500 gramas atingiu índice em 2010 de 9,6 %. (INDICADORES ..., 2010).

A Secretaria Municipal de Saúde de Betim, em 2009, organizou sua estrutura de gestão a partir de dois grandes pilares: a) Eixo estruturante da atenção à saúde através da organização da rede de serviços assistenciais, das ações de vigilância à saúde, de promoção da saúde e da regulação do sistema de acesso e integração das ações em toda rede de serviços. A gestão destas atividades no município é coordenada pela Superintendência da Assistência a Saúde e da Superintendência da Vigilância em Saúde. b) Eixo estruturante da gestão do sistema através das Superintendências do Planejamento em Saúde, da Administração em Saúde, da Gestão do Trabalho e a Educação na Saúde e da Gestão Estratégica e Participativa do SUS Betim. A Secretária Municipal de Saúde, além das funções executivas, coordena o Colegiado de Direção Estratégica composto pelos superintendentes e assessores da secretaria. (BETIM, 2010).

A rede assistencial do SUS Betim é estruturada de forma integrada e hierarquizada e

compõe-se de trinta e três Unidades de Atenção Básica, treze Unidades de Atenção Especializada, quatro Unidades de Atendimento Imediato UAI/UPAS, Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), dois Hospitais Gerais, uma Maternidade, uma Central de Regulação de Serviços de Saúde, um Centro de Atenção Hemoterápico, quatro Centros de Atenção Psicossocial, nove Ambulatórios de Consultas Especializadas, uma unidade de Vigilância em Saúde além das Unidades de Apoio ao Diagnóstico e às Terapias (BETIM, 2010).

A Maternidade Pública Municipal de Betim (MPMB) Haideé Espejo Conroy é uma instituição pública de administração direta, portanto com regime jurídico de direito público, foi inaugurada dia 8 de maio, dia das mães, do ano de 1994 como a primeira unidade hospitalar da Rede SUS/Betim, destinada ao atendimento do parto de risco habitual.

Localizada no bairro Teresópolis, que se constitui um dos maiores aglomerados populacionais urbanos de Minas Gerais com 54.591 habitantes em situação de alto risco social e vulnerabilidade pela atuação do crime organizado e do tráfico de drogas (IBGE, 2010).

O esforço dos gestores, gerentes e trabalhadores da Maternidade para o aprimoramento e qualificação da assistência resultou na conquista em 1998 do Título de Hospital Amigo da Criança entregue pela UNICEF e Ministério da Saúde devido a comprovada atuação da Maternidade no incentivo ao aleitamento materno, em 2004 o Título de Maternidade Segura entregue pelo Ministério da Saúde e Secretaria Estadual de Saúde de Minas Gerais por realizar com eficiência os pré requisitos necessários para assistência obstétrica e neonatal segura e de qualidade e em 2002 o Prêmio Galba de Araújo – região sudeste, entregue pelo Ministério da Saúde a experiências exitosas que realizam a humanização do parto/nascimento.

O espaço físico da Maternidade foi especialmente projetado para este fim. A construção é moderna e a pintura atual leva cores suaves e variadas, o que propicia um ambiente acolhedor, confortável e visualmente agradável. A recepção é ampla, são dois os consultórios disponíveis para o primeiro atendimento e um consultório de egressos. No Bloco obstétrico são três salas de cirurgia/parto/curetagem e uma sala de observação pós anestésica. A Maternidade conta com cinquenta e cinco leitos que são assim distribuídos: cinco de pré-parto, trinta e dois leitos de alojamento conjunto, dezesseis de berçário de cuidados especiais e dois de enfermaria Canguru. Os serviços de apoio diagnóstico e terapêutico consistem de ultrassonografia, eco cardiograma neonatal, cardiotocografia, raios-X, laboratório de urgência, suporte hemoterápico (HEMOMINAS BETIM), lactário, farmácia, “testes da orelhinha, do olhinho e do pezinho”, serviço de imunização, avaliação oftalmológica e cardiológica neonatal, serviço de nutrição e dietas, serviço de controle da infecção hospitalar, serviço de assistência social, fisioterapia,

terapia ocupacional e psicologia. Os serviços de suporte são a rouparia, o almoxarifado, a manutenção com a central de equipamentos, a central de materiais esterilizados, serviço de prontuário do paciente, serviço de bioestatística e faturamento, serviço de higienização, setor de gestão do trabalho e o núcleo de educação e pesquisa.

De abrangência Microrregional, a Maternidade Municipal de Betim (MPMB) é responsável, juntamente com a Maternidade de alto risco do Hospital Regional, pelo atendimento as gestantes das 13 cidades vizinhas que compõe a microrregional de Betim.

A média mensal no ano de 2010 foi de 309 internações na MPMB, quando foram realizados 234 partos sendo 70% deles partos normais e 30% de cesariana. Os partos prematuros, com menos de 36 semanas de gestação, foram de 5,1% e 6,4% dos recém nascidos pesaram menos de 2500 gramas. A taxa de ocupação do alojamento conjunto foi de 73% e a média de permanência de 3 dias. A faixa etária materna observada em 2010 foi de 19,6% para mulheres com menos de 19 anos, 56% para mulheres com idade entre 20 a 29 anos e 24% com mais de 30 anos. A porcentagem de gestantes que realizaram sete ou mais consultas de Pré Natal durante a gravidez foi de 69%. (INDICADORES ..., 2010).

Ao assumirmos a direção geral da Maternidade em janeiro de 2009 percebemos que não havia tido, ao longo dos últimos anos, investimento efetivo na manutenção predial. As paredes estavam mofadas e descascadas e o telhado apresentava vazamento intenso em vários setores. A rede de esgoto não comportava o volume e refluía principalmente na cozinha. Todas as instalações sanitárias estavam em péssimas condições. A rede elétrica apresentava problemas de funcionamento e não havia extintores como hidrômetros para proteção contra incêndios. Era necessário realizar uma ampliação geral nas instalações. Faltava espaço para o trabalho e eram pequenos os locais existentes. Devido a inúmeras irregularidades a Maternidade não possuía na época o Alvará Sanitário de Funcionamento.

Os instrumentais eram antigos, alguns já inutilizados, mas a maioria em uso devido à impossibilidade de reposição. Os equipamentos estavam obsoletos, outros sem condições de manutenção corretiva. Os equipamentos de informática eram escassos, ultrapassados e lentos e existiam apenas dois pontos de acesso a internet em funcionamento.

Quanto à organização dos processos de trabalho, que em tempos anteriores foi um dos principais fatores que possibilitou o reconhecimento da qualidade da assistência através das premiações que a Maternidade conquistou, no início de 2009 estavam muito desorganizados e desatualizados. Faltavam protocolos, rotinas, fluxos e um planejamento de educação permanente para os trabalhadores. A comunicação interna era bem precária. Os murais

estavam vazios, os banners e quadros desatualizados, o jornal interno foi desativado e os dados estatísticos não eram divulgados aos trabalhadores e usuárias nem tão pouco utilizados para nortear as decisões gerenciais.

Em 2009 a Maternidade contava com 263 trabalhadores em seu quadro funcional, a maioria com vínculo efetivo e havia um déficit de 36 funcionários principalmente de técnicos de enfermagem, oficiais administrativos e de alguns profissionais de nível superior.

Desde a inauguração até o final de 2008 o organograma da Maternidade era constituído pela direção geral, administrativa e assistencial que coordenavam o Colegiado Gestor no qual faziam parte os coordenadores das categorias profissionais de nível superior das áreas assistenciais e pelos gerentes das áreas de apoio. Ao longo dos anos, o colegiado teve atribuições e atuações diversas conforme o entendimento dos diretores da instituição e dos gestores municipais sobre o papel e a importância do colegiado. Muitos trabalhadores se queixavam de pouca participação na gestão e reivindicavam representatividade no colegiado. Conforme os livros de Registro de Ata do Colegiado Gestor encontrados, pudemos observar que as reuniões nos anos anteriores ocorriam com periodicidade irregular chegando em até três meses consecutivos sem registro. Não foram observados registros de qualquer tipo de planejamentos institucional neste período. (MATERNIDADE PÚBLICA MUNICIPAL DE BETIM, 2008).

2 JUSTIFICATIVA

A experiência de Gestão Participativa na Maternidade Pública Municipal de Betim se justifica pelo entendimento de que a coparticipação de trabalhadores e usuários no gerenciamento possibilita qualificar a assistência a gestante e ao seu recém nascido e permite influir sobre a formação e fortalecimento dos sujeitos envolvidos. Isto é, tem a capacidade de aumentar o protagonismo da usuária e de motivar e estimular o vínculo do trabalhador com a instituição, aumentando a responsabilidade e a criatividade, que resultem em maior prazer, satisfação, envolvimento no trabalho e realização profissional. É um investimento na pessoa, no sujeito, ampliando sua capacidade de análise crítica, de planejamento e manejo de conflitos.

3 OBJETIVOS

A partir de 2009, quando a autora deste artigo assumiu a diretoria geral da instituição, o objetivo da Maternidade Pública Municipal de Betim é o de realizar Gestão Participativa através de um modelo centrado no Gerenciamento por Linhas de Cuidado tendo a Política de Humanização como eixo estruturante que articula a gestão participativa e colegiada, a assistência a usuária dos 13 municípios da microrregional de Betim e a valorização do trabalhador.

Estes objetivos da gestão da Maternidade se expressam pela Visão Institucional, elaborada pelo então recém empossado Colegiado Ampliado da Maternidade: *"Ser reconhecida pelos usuários, funcionários e nacionalmente como uma Maternidade que Valoriza o Trabalhador, realiza Gestão Participativa e possibilita a Família vivenciar uma Experiência Feliz e Segura do Parto / Nascimento"* (MATERNIDADE PÚBLICA MUNICIPAL DE BETIM, 2009). Esta visão norteou a elaboração das seis Diretrizes da Gestão da Maternidade: a) oferecer atendimento de qualidade e humanizado às usuárias e sua rede social com as diretrizes da Clínica Ampliada; b) valorizar o trabalhador como sujeito possibilitando o diálogo e compartilhamento das ideias e propostas resultando em maior satisfação e realização profissional; c) organizar os processos de trabalho visando à qualidade do atendimento; d) integrar a Maternidade junto com as demais Unidades da Rede de Atenção a Saúde do SUS Betim; e) otimizar os recursos financeiros.

4 EXPERIÊNCIA DA GESTÃO PARTICIPATIVA NA MATERNIDADE

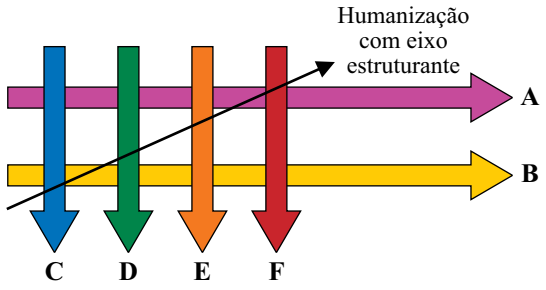
Por acreditar que no trabalho, ao produzirmos bens ou serviço é possível coproduzirmos ao mesmo tempo sujeitos com capacidade de análise e de gestão da própria vida, apostamos, a partir de 2009, em um Modelo de Gestão Participativo capaz de qualificar a assistência e de possibilitar a valorização dos sujeitos envolvidos, sejam eles trabalhadores, usuário ou gestores.

> (...) a gestão e as práticas profissionais têm capacidade de modificar o Sujeito e os padrões dominantes de subjetividade. Tem potencial pedagógico e terapêutico, portanto. Seja para criar dependência e impotência, seja para coproduzir autonomia, ampliando a capacidade de análise e de co-gestão das pessoas (CAMPOS, 2003, p. 15).

Optamos por um Modelo de Gestão por Linhas de Cuidado entendendo que a integralidade deste cuidado transversaliza todo o sistema. O gerente da linha de cuidado deve organizar e se responsabilizar pelo trabalho de assistência desde a entrada do usuário até a sua saída. Deve também cuidar da interligação da assistência realizada dentro da maternidade com a assistência realizada fora da maternidade, na rede de assistência do SUS Betim, considerando que a Maternidade é apenas uma "estação" da linha de cuidado. (CECÍLIO; MERHY, 2003) Como podemos observar na Figura 1, implantamos duas linhas de cuidado e quatro linhas de apoio como descritas detalhadamente a seguir.

FIGURA 1 - Modelo de gestão participativa da MPMB

Centrado no gerenciamento por Linhas de Cuidado



Colegiado Gestor:
- Diretoria Geral e Administrativa;
- Gerentes das Linhas de Cuidado da Mulher (A) e da Criança (B);
- Gerente da Linha de Apoio a Informação Hospitalar (C);
- Gerente da Linha de Apoio da Gestão do Trabalho, Comunicação e Educação na Saúde (D);
- Gerente da Linha de Apoio da Hotelaria, Manutenção e CME (E);
- Gerente da Linha de Apoio Diagnóstico e de Suprimentos (F);
- Coordenação de grupo de Trabalho da Humanização.

Colegiado Ampliado:
- Colegiado Gestor;
- Diretor Clínico;
- Referências Técnicas;
- Representantes dos Trabalhadores escolhidos em eleição direta.

Fonte: CECÍLIO e MERHY, 2003

Linha de Cuidado da Mulher (**LINHA A**) tem como gerentes, um obstetra e uma enfermeira. Todo cuidado à Mulher, que se inicia na admissão até a sua alta hospitalar, incluindo as atividades de todos os profissionais que atuam nesta linha de cuidado, está sob a responsabilidade desta gerência, contribuindo para a integralidade das ações e incentivo ao trabalho em equipe. Os profissionais de outras categorias e especialidades coordenados pela gerência desta linha são os seguintes: enfermagem (técnico e superior), obstetras plantonistas, diaristas e ultrassonografistas, anestesistas, doulas, assistentes sociais, psicólogos, estagiários e administrativos da área. Os profissionais desta linha de cuidado atuam em cinco setores: Admissão, Pré-parto, Bloco Obstétrico, Alojamento Conjunto e Ultrassonografia.

A Linha de Cuidado da Criança (**LINHA B**) tem como gerentes uma pediatra e uma enfermeira. Todo cuidado à criança, que se inicia no bloco obstétrico até a sua alta hospitalar, incluindo as atividades de todos os profissionais que atuam nesta linha de cuidado, está sob a responsabilidade desta gerencia: enfermagem (técnico e superior), pediatras plantonistas e diaristas, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, terapeutas ocupacionais, cardiologista pediátrico, oftalmologista, estagiários e administrativos da área. Esta linha integra dez setores: Bloco Obstétrico, Alojamento Conjunto, Berçário, Follow Up, Enfermaria Mãe Canguru, Vacina, Lactário, "Teste da Orelinha" e Raio X.

Os gerentes das linhas A e B atuam no seu âmbito de governabilidade, implementando projetos e ações previamente discutidos com a diretoria e colegiado gestor, incluindo a coordenação da Comissão local de Prevenção da mortalidade materno infantil, a Comissão de Aleitamento Materno, a Comissão do Prontuário, Comissão de Controle a Infecção Hospitalar assim como participação nos Comitês Municipais afins.

A Linha de Apoio da Informação Hospitalar (**LINHA C**) abrange os setores que geram informações: Recepção, Serviço de Prontuário do Paciente, Faturamento, Arquivo e Bioestatística. O gerente é responsável por todos os profissionais envolvidos nestes setores.

Linha de Apoio a Gestão do Trabalho, Educação Permanente e Comunicação (**LINHA D**) trabalha em consonância com a Superintendência da Gestão do Trabalho da Secretaria Municipal de Saúde, gerenciando, juntamente com a coordenação, o Núcleo de Educação e Pesquisa e organiza o setor de comunicação incluindo murais, jornais internos, site da Maternidade e outros meios de comunicação.

Linha de Apoio a Hotelaria, Manutenção e CME (**LINHA E**) é gerenciada por uma enfermeira e abrange os seis setores: Serviço de Controle a Infecção Hospitalar, Central de Materiais Esterilizados, Gestão de Resíduo, Lavanderia, Unidade de nutrição e dietética, Higienização e Manutenção.

Linha de Apoio Diagnóstico e Suprimentos (**LINHA F**) é gerenciado por um farmacêutico alcançando três setores da Farmácia, Almoxarifado e Laboratório.

No Modelo de Gestão proposto as Diretrizes da Política de Humanização do Ministério da Saúde perpassa, influencia e direciona todas as atividades da Maternidade. Entendendo a Política de Humanização como a

> Valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde. Os valores que norteiam essa política são a autonomia e o protagonismo dos sujeitos, a co-responsabilidade entre eles, o estabelecimento de vínculos solidários, a participação coletiva no processo de gestão e a indissociabili-dade entre atenção e gestão (BRASIL, 2009a).

Para incentivar a transversalidade da humanização nas atividades cotidianas implantamos o Grupo de Trabalho da Humanização cuja coordenação foi eleita por voto direto em 2009 no âmbito do Colegiado Ampliado, fazendo parte integrante como membro do Colegiado Gestor da Maternidade.

O Colegiado Gestor, reorganizado em 2009, realiza reuniões semanais de caráter deliberativo, e é composto pelos seguintes atores (Figura1): diretora geral, diretora administrativa, gerentes da linha de cuidado, coordenadora do Grupo de trabalho em humanização e gerentes das linhas de Apoio. Este Colegiado gestor assume as seguintes atribuições: a) Acompanhar e cobrar o cumprimento do Plano Diretor da Maternidade; b) Realizar reuniões periódicas (semanais), previamente agendadas, planejadas e registradas em ata; c) Participar dos Cursos de Formação Gerencial; d) Participar como integrante do Colegiado Gestor Ampliado; e) Constituir um espaço permanente de negociação, articulação, possibilitando contratos entre as Linhas de Cuidado e Apoio, visando o contínuo aperfeiçoamento do trabalho da Maternidade; f) Discutir problemas, organizar estratégias para suas soluções e acompanhar sua execução pelas Linhas responsáveis; g) Garantir o funcionamento efetivo do Conselho de Saúde da Maternidade juntamente com a Superintendência de Gestão Participativa e Controle Social. (MATERNIDADE PÚBLICA MUNICIPAL DE BETIM, 2009a).

A ampliação e consolidação da participação democrática dos trabalhadores junto à gestão se colocava como uma condição para uma mudança qualitativa nos processos de trabalho e de cuidado. Iniciamos já em março de 2009 todo o processo de organização e implantação do Colegiado Ampliado da Maternidade com caráter consultivo e deliberativo conforme o Estatuto Interno. Participam do Colegiado Ampliado os 10 membros do Colegiado Gestor, os cinco profissionais que atuam como referências técnicas, os coordenadores das comissões, o diretor clínico e os vinte e sete representantes dos trabalhadores eleitos de cada setor da Maternidade.

As reuniões na sua maioria são quinzenais documentados em ata e lista de presença. Cabe a este colegiado: a) Elaborar e acompanhar o Planejamento Estratégico e Operacional da Maternidade, definindo metas, responsabilidades e cronograma; b) Participar do Curso de Formação Gerencial e de outros cursos que visem o aprimoramento da gestão; c) Discutir problemas, organizar estratégias para suas soluções e acompanhar sua execução (MATERNIDADE PÚBLICA MUNICIPAL DE BETIM, 2009a).

O processo de eleição dos representantes dos trabalhadores iniciou com intensa discussão com os funcionários em todos os plantões sobre a importância, a composição, as atribuições e sobre o perfil dos representantes do Colegiado Ampliado. Para cada dez trabalhadores o setor tinha direito de escolher um representante. Após o período de divulgação e debates a escolha dos representantes se deu por eleição direta, sigilosa e por maioria simples dos funcionários de cada setor. A solenidade de posse do Colegiado Ampliado foi no dia 24 de março de 2009, que contou com a presença de trabalhadores da MPMB, lideranças comunitárias, vários superintendentes e da Secretária Municipal de Saúde.

A Secretaria Municipal de Saúde em 2009 organizou e implantou a Superintendência da Gestão Participativa e Controle Social, que coordenou a organização de duas Conferências Municipais de Saúde (em 2009 e 2011), a eleição do novo Conselho Municipal de Saúde os Conselhos Regionais e os Conselhos Locais de Saúde. O controle social na MPMB atualmente se dá através da presença do acompanhante desde a admissão até a alta da usuária; da participação do acompanhante em diversas atividades; do programa interno “Fala Cidadão” que tem o objetivo de promover um espaço de diálogo e escuta entre trabalhador, usuários e gestores; do trabalho em conjunto do colegiado e a Ouvidoria do SUS Betim e da participação de integrantes do colegiado gestor e de representantes dos trabalhadores no Conselho Regional de Saúde juntamente com representantes dos usuários.

Em março de 2009 iniciamos o Curso/Oficina de Formação Gerencial para os membros do Colegiado Ampliado administrado pela diretora da MPMB com encontros quinzenais que teve duração de 1 ano e 2 meses. Os principais objetivos do curso foram: aprimorar e homogeneizar os conhecimentos teóricos dos participantes em gestão hospitalar, motivar os alunos para uma participação efetiva no gerenciamento, elaborar coletivamente as principais ferramentas de gestão e aperfeiçoar a organização dos processos de trabalho. Durante os encontros quinzenais foram administradas aulas teóricas com exposições dialogadas e trabalhos em grupo com elaboração coletiva de material em oficinas de trabalho. No intervalo entre estes encontros os participantes realizavam as tarefas de dispersão, quando aplicavam os conhecimentos

adquiridos ou colhiam opiniões e propostas do conjunto dos trabalhadores da Maternidade para subsidiar e enriquecer os trabalhos. Nas Oficinas de Trabalho foram elaborados coletivamente o Planejamento Estratégico, Planejamento Operacional, os Desenhos dos Processos de Trabalho de todos os setores e os Indicadores. Além de alcançar os objetivos propostos, este trabalho possibilitou maior integração e amadurecimento do Colegiado (MATERNIDADE PÚBLICA MUNICIPAL DE BETIM, 2010).

Gerenciar sem planejar é aparentemente possível quando apenas se administra o cotidiano e planejar permite melhor aproveitamento dos recursos e do tempo para alcançar os objetivos desejados. Conscientes de que o planejamento estratégico possibilita construir a governabilidade e a viabilidade para que o plano possa ser colocado em prática e é também uma arte de relacionar-se com o outro, procurando vencer as resistências e conquistar apoio e colaboração iniciamos o Planejamento Estratégico e Operacional da Maternidade em abril de 2009 (ADRIANO; SANTOS; FERREIRA, 1998). A Visão, a Missão, os Valores, as Diretrizes, os Objetivos Estratégicos e seus indicadores e o Plano de Ação com as atividades, tarefas, cronogramas e responsáveis, foram elaborados coletivamente pelo Colegiado Ampliado ao longo do Curso de Formação Gerencial e discutidos amplamente com todos os trabalhadores em “rodas de conversa” por plantão. O Planejamento Estratégico foi entregue a Secretária Municipal de Saúde em solenidade no dia 8 de maio de 2009, quando a Maternidade completava 15 anos de existência.

QUADRO 1 - Diretrizes e Objetivos da MPMB

DIRETRIZ	OBJETIVOS ESTRATÉGICOS
1- Oferecer atendimento de qualidade e humanizado às usuárias e sua rede social	a) Implantar Modelo Assistencial que tenha como diretrizes: acolhimento, vínculo, protagonismo do sujeito, responsabilização, trabalho em equipe, integralidade do cuidado e resolutividade. b) Implementar a comunicação e a educação em saúde para usuários e sua rede social c) Implantar todos os dispositivos da Política Nacional de Humanização ao Usuário d) Reativar os grupos de trabalho de Humanização da MPMB e) Implantar o "Programa alimentação saudável para a usuária" f) Implementar os programas já existentes (Visitação, Nascer Cidadão, Amigo da Criança, Maternidade Segura, Galba Araújo, etc.) f) Implantar Ouvidoria Interna na MPMB
2- Valorizar o Trabalhador	a) Melhorar qualidade da alimentação b) Aprimorar a Gestão do Trabalho na Maternidade c) Implementar a comunicação interna e a educação permanente d) Aprimorar a Gestão Participativa e) Implantar um programa de aprimoramento das relações interpessoais entre trabalhadores f) Implantar no Grupo de Trabalho da Humanização, o Grupo de Valorização do Trabalhador g) Aprimorar a segurança externa e interna da Maternidade h) Aprimorar a ambiência no local de trabalho
3- Organizar os processos de trabalho visando a qualidade do atendimento 4- Integrar efetivamente a Maternidade na rede assistencial de Betim	a) Implementar os Protocolos Clínicos b) Implementar os POPs (Procedimento Operacional Padrão) e rotinas c) Elaborar e implantar o Regimento Interno da Maternidade d) Implementar as comissões obrigatórias internas da Maternidade e) Implantar a Metodologia do Sistema de Gestão da Qualidade f) Implantar Gestão de Risco g) Incorporar tecnologias de informação e comunicação em saúde. h) Implantar dispositivos que qualifique a abordagem oferecida pelos trabalhadores na assistência à usuária e seus familiares i) Implementar o fluxo de encaminhamentos e transferências j) Implantar o programa "A Caminho de Casa" juntamente com a rede k) Implementar a participação da Maternidade nos Comitês Municipais afins l) Aprimorar o relacionamento com os profissionais da rede, principalmente com o HPRB m) Participar da implantação dos protocolos das Linhas de Cuidados da Mulher e da Criança municipais para unificação de condutas - Possibilitar que a Maternidade seja um dos Observatórios em relação as demais unidades da Rede Municipal de Saúde que com ela se relaciona
5- Adequar a infraestrutura para oferecer atendimento de qualidade conforme as normas da ANVISA	a) Renovar o parque tecnológico b) Implantar a manutenção preventiva e corretiva c) Reformar a Maternidade adequando a infraestrutura conforme a ANVISA d) Adequar e garantir o abastecimento de insumos de acordo com as necessidades
6- Otimizar os recursos financeiros	a) Implantar Central de Custos da Maternidade b) Implantar kits de procedimentos c) Implantar Kit rouparia d) Implantar a dispensação da dose individualizada de medicamento e) Reduzir desperdícios f) Aumentar o faturamento g) Implantar/implementar projeto do MS que possibilitem o repasse da verba h) Buscar parcerias com entidades filantrópicas

Fonte: Maternidade Pública Municipal de Betim, 2009b

5 POTENCIAL INOVADOR DA EXPERIÊNCIA

O Modelo de Gestão Participativo organizado na MPMB é inovador a medida valoriza o trabalho colegiado integrado associando o Colegiado Gestor, formado pela direção e pelos gerentes da Maternidade, com o Colegiado Ampliado, onde participam membros do colegiado gestor, as referências técnicas e representantes eleitos pelos trabalhadores ocupando um total de 64% das vagas e com os Conselhos Regional e Municipal de Saúde, que contam com a participação de usuários, gestores e trabalhadores. Cada uma destas organizações colegiadas tem suas atribuições específicas, mas o trabalho articulado possibilita qualificar a gestão e ampliar a escuta dos diversos sujeitos envolvidos.

O caráter inovador desta experiência é evidenciado quando a Política Nacional de Humanização se constitui como um eixo estruturante de todas as tarefas e ações realizadas. Aqui a Humanização ocupa o centro de um triângulo que estrutura a Gestão Participativa e Colegiada, Assistência ao Usuário e Valorização do Trabalhador.

A assistência ao usuário implica a articulação permanente de algumas iniciativas contempladas no Modelo Assistencial da Maternidade (Figura 2). Implantar a Clínica Ampliada como uma nova proposta de concepção, arranjos, processos, posturas e valores conforme elaborada por Campos sintetiza os objetivos propostos para assistência na Maternidade (CAMPOS, 2007). Diretrizes como o acolhimento, vínculo, protagonismo do sujeito, responsabilização, trabalho em equipe, integralidade do cuidado e resolutividade, “amplia” a participação da usuária no seu processo de produção de saúde como também aumenta o grau de satisfação do trabalhador.

FIGURA 2 - Modelo assistencial da maternidade pública municipal de Betim

Fonte: Maternidade Pública Municipal de Betim, 2010

Os principais dispositivos deste Modelo Assistencial pressupõem a elaboração de fluxos e protocolos multiprofissionais, a organização da informação e da comunicação hospitalar, a implantação de programas que estimulem a clínica ampliada/ clínica do sujeito, oferecimento de educação permanente e infraestrutura para o trabalho.

Este esforço de gestão repercuti e se revela nas ações propostas e desenvolvidas nos programas em andamento: a) acolhimento à Mãe Adolescente que tem como objetivo conhecer a realidade da gravidez na adolescência na Maternidade, garantir alta hospitalar segura para a mãe adolescente e seu bebê e oferecer um atendimento interdisciplinar diferenciado, com foco específico no estabelecimento do vínculo afetivo entre mãe e filho e nas relações familiares, buscando intervir na perspectiva de minimizar as dificuldades inerentes a esta situação, para que sua vivência da maternidade seja mais saudável e harmônica; b) programa Bem Vindo Acompanhante, destinado a acolher os acompanhantes das usuárias, com o objetivo de divulgar as regras de funcionamento da maternidade municipal e os serviços por ela prestados; c) oficinas de Terapia Ocupacional com as mães dos recém-nascidos/lactentes retidos no berçário; d) reuniões com Pais de bebês do berçário e enfermaria mãe canguru; e) programa Visitação

que organiza a visita à Maternidade das gestantes que realizam Pré natal nas Unidades Básicas de Referência; f) programa Nascer Cidadão que viabiliza um transporte diário para os pais irem até o cartório registrar seus filhos; g) projeto Nascer que visa a prevenção da transmissão vertical do vírus da AIDS, Hepatite B e da Sífilis congênita; h) programa Atendimento à Mulher Vítima de Violência que tem como objetivo oferecer à mulher vítima de violência sexual um atendimento integral e humano; i) o programa Iniciativa Hospital Amigo da Criança que visa manter o título de hospital amigo da criança e as práticas que estimulam o aleitamento materno; j) reunião diária com as mães e pais do alojamento conjunto; k) programa das Doulas Comunitárias, mulheres da comunidade que são capacitadas para realizarem voluntariamente o acompanhamento e cuidado das gestantes em trabalho de parto juntamente com a equipe de enfermagem e a equipe médica; l) programa A Caminho de Casa que possibilita alta hospitalar segura e responsável através de várias atividades, dentre elas, a comunicação das Unidades Básicas de Saúde (UBS) de Betim e dos municípios da microrregião sobre a admissão da paciente e o procedimento realizado na Maternidade, possibilitando que realizem atividades que assegurem a puericultura e a assistência de puerpério mantendo a qualidade da assistência; m) o Projeto de Cuidados Favorecedores do Desenvolvimento do Recém Nascido Pré Maturo no berçário, que engloba aspectos como: controle de luminosidade e ruído, manejo da dor, posicionamento, "banho de fralda", "confecção do ninho"; n) corrida de Leito multiprofissional com elaboração do Projeto Terapêutico Singular de frequência semanal realizados no Berçário e Alojamento Conjunto para pacientes com casos clínicos complexos que exigem abordagem multiprofissional. Projeto Terapêutico é um plano de cuidado integral do usuário discutido por uma equipe interdisciplinar responsável pela assistência. (CAMPOS; AMARAL, 2007)

Podemos afirmar que a Gestão Participativa tem grande potencial para valorizar o trabalhador a medida que possibilita o diálogo e compartilhamento das ideias e propostas , consolidando o senso de pertencimento e de corresponsabilidade resultando em maior satisfação e realização profissional. Portanto, todos os esforços para implantação e manutenção da gestão participativa em curso significam também um investimento na pessoa, no sujeito.

> A reconstrução da noção de Sujeito ou a constituição concreta de Coletivos, ambos, dependem, em larga medida, da democratização destas possibilidades de autoria (...). A constituição de um Sujeito depende, portanto, de seu empenho com a produção de Obras, individuais ou coletivas. (CAMPOS, 2007, p. 55)

A diretoria, no início de 2009 em reunião do Colegiado Ampliado, solicitou aos participantes que analisassem o que cada profissional, com seu conhecimento, sua aptidão e sua criatividade, poderia oferecer para melhorar a qualidade de vida e de trabalho dos demais.

Daí surgiram vários programas: a) a fisioterapeuta iniciou o “Grupo de Ginástica Lavoral”;b) a nutricionista implantou o Programa de “Alimentação Saudável: saúde e qualidade de vida”; c) a psicóloga e a assistente social, organizaram a “Hora do Encontro”, que tem como objetivo fortalecer as relações interpessoais e, consequentemente melhorar o ambiente de trabalho; criar um espaço para alívio de tensões e busca do auto conhecimento e motivar o trabalhador para a compreensão da importância de sua implicação no processo de assistência da Maternidade; d) O Programa “Saúde e Coerência”, também coordenado pela assistente social e psicóloga, visa apoiar os trabalhadores tabagistas (11% dos funcionários da Maternidade) a deixarem de fumar através de grupos de convivência; e) O Programa “Fala Cidadão” organizado pela coordenadora do grupo de trabalho da humanização, tem como objetivo aprimorar um espaço de diálogo e escuta interna na instituição entre trabalhador, usuários e a gestão integrado a Ouvidoria do SUS Betim; f) o Programa “Passeio Familiar” tem como objetivo aumentar o entrosamento entre os funcionários. g) o “Grupo Teatral” formado por alguns trabalhadores já realizaram cinco peças abordando temas diversos legados a realidade do trabalho na Maternidade (MATERNIDADE PÚBLICA MUNICIPAL DE BETIM, 2010).

Gestão Participativa pressupõe descentralizar o poder, delegar atribuições e delimitar níveis de governabilidade e para isto foi necessário organizar os arranjos institucionais como acima descrito, porém a gestão participativa acontece principalmente na capilaridade das relações e atitudes cotidianas. Nas comissões internas, na ouvidoria, no direito ao acompanhante, nos encontros educativos para usuários e trabalhadores, na elaboração coletiva dos protocolos clínicos, nas rodas de estudo e de conversa, nas posturas de incentivo à formação de coletivos, à escuta, à valorização do saber do outro, são também espaços de participação e gestão. Na gestão participativa o “como fazer” e tão importante quanto “o que fazer”. Neste sentido os gestores se preocupam em inovar cotidianamente construindo soluções criativas para os desafios que emergem no nível da metodologia do trabalho. Propostas elaboradas como as instruções técnicas de trabalho, foram discutidas em rodas de estudo com os trabalhadores envolvidos, aprimoradas pelos participantes, colocadas em prática, elaborados reajustes e finalmente validados. Assim garante um aprendizado coletivo, valoriza as experiências individuais e possibilita maior compromisso com as mudanças pactuadas.

6 CARÁTER MULTIPLICADOR DA EXPERIÊNCIA

Neste curto, mas intenso percurso aqui relatado identificamos diversos fatores que favoreceram a consolidação da Gestão Participativa na Maternidade Pública Municipal de Betim: a formalização dos Colegiados Gestor e Ampliado com a elaboração e aprovação do Regimento Interno; o apoio e incentivo da Secretaria Municipal de Saúde através das atribuições da Superintendência da Gestão Participativa e Controle Social; o envolvimento dos trabalhadores no processo democrático de eleição de seus representantes para o Colegiado Ampliado, aumentando a consciência dos direitos adquiridos; a integração no trabalho dos colegiados com os conselhos. A participação dos trabalhadores e gestores neste processo cotidiano de organização da Gestão Participativa na Maternidade possibilita ao mesmo tempo um aprendizado pessoal e coletivo capaz de desencadear novos processos participativos em outros ambientes dos quais estes mesmos sujeitos atuam.

7 DESAFIOS ENCONTRADOS

Um Modelo de Gestão Participativo, estruturado por Linhas de Cuidados e Apoio com gerenciamento único, não pressupõe coordenação por categorias profissionais. Acreditamos que o gerenciamento único possibilita integração das equipes e das atividades. Evitar o fracionamento dos processos deve ser uma preocupação que se inicia com a implantação de novos arranjos gerenciais e perpassa pelos processos finalísticos assistenciais estruturados com equipes e ações interdisciplinares. Desconstruir esta concepção fracionada de coordenação por categoria gera conflitos com os interesses corporativistas. Sensibilizar os diversos atores com relação aos benefícios do gerenciamento único, tanto para a gestão quanto para a qualificação das ações assistenciais, é um esforço que se faz necessário cotidianamente.

Apesar da participação nas decisões ser uma reivindicação comum dos trabalhadores, nota-se uma dificuldade na apropriação destes espaços de participação, quando convidados pelo Gestor, no entanto, várias foram as atividades realizadas para motivação e convite à participação como encontros, oficinas, reuniões por setores com material didático específico para apresentação e discussão do Modelo de Gestão Participativo, e sobre a importância e atribuições dos Colegiados.

Gerenciar também é mediar conflitos, desejos e necessidades, e algumas vezes torna-se necessário impor autoridade. O desafio de gerenciar diversos interesses e poderes que se embaralham no cotidiano da instituição não é tarefa fácil, e o desgaste torna-se maior quando os gerentes e diretoria são antigos trabalhadores da mesma instituição, como no caso da Maternidade. Gestão participativa pressupõe redistribuição de poder, com aumento de autonomia dos trabalhadores e dos usuários, ao mesmo tempo o trabalho institucional exige cumprimento de normas e de deveres. Equilibrar todos estes fatores é um dos grandes desafios gerenciais.

Transformar profissionais de saúde sem experiências anteriores de gestão em gerentes competentes foi outro desafio, pois além do saber técnico administrativo, os gerentes, atuantes em um modelo de gestão participativa, devem ter um alinhamento de valores que estimulem posturas de incentivo à grupalidade, à escuta, ao planejamento coletivo, à valorização do saber do outro e ao aperfeiçoamento da habilidade de manejar relações de conflito. Uma das atribuições da diretora foi o de apoiar e incentivar os gerentes nestas funções cotidianas.

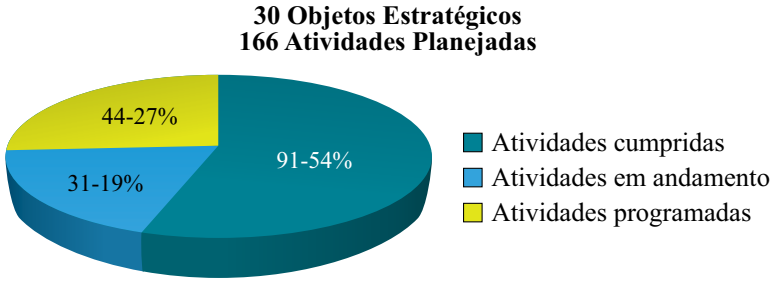
> Socializar estas habilidades é uma forma concreta para diminuir a distância entre governantes e governados, bem como para assegurar a formação de compromisso entre o interesse público (expresso em necessidades sociais) e o privado (expresso pelos trabalhadores). (CAMPOS, 2007, p. 43).

As análises de fatos e situações vivenciadas pelos gerentes, como também os estudos e discussões de textos afins realizados durante as reuniões semanais do Colegiado Gestor, colaboraram para o alinhamento de valores acima citados. Lidar com as diferenças, com conflitos, com afetos e poderes na equipe, é um aprendizado coletivo. Na medida em que os gerentes foram reconhecendo as peculiaridades de cada um dentro do processo, o Colegiado Gestor da Maternidade foi se constituindo em um grupo mais amadurecido e mais preparado para enfrentar novos desafios.

8 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Desde a finalização do planejamento, são realizadas avaliações periódicas das atividades através do monitoramento de indicadores e análises de cumprimento das tarefas programadas. Estas avaliações são discutidas e analisadas no Colegiado Gestor e no Ampliado, que por algumas vezes realizaram ajustes necessários, e em seguida são divulgadas entre os trabalhadores.

FIGURA 3 - Monitoramento do Planejamento Estratégico 2009/2012



Fonte: Maternidade Pública Municipal de Betim, 2009b

Em dezembro de 2010 a Maternidade conquistou seu Alvará Sanitário entregue em solenidade específica para a ocasião com a presença da Diretora da Vigilância Sanitária Municipal, da Secretária Municipal de Saúde, trabalhadores e gestores da Maternidade.

Em novembro de 2010, cumprindo uma das atividades do planejamento estratégico, a diretoria elaborou, divulgou e distribuiu um questionário autoaplicável para todos os 280 funcionários da maternidade, sem que fosse necessária a identificação. Sessenta e cinco por cento (65%) dos questionários foram respondidos e validados. Uma das perguntas realizadas foi sobre o grau de satisfação em trabalhar na Maternidade. Pudemos observar que 54% dos funcionários incluídos na pesquisa, responderam ser ótimo a bom o grau de satisfação. Se for considerado o grau médio como favorável, 88% dos trabalhadores que responderam o questionário sentem satisfação no trabalho.

Um dos grandes objetivos da gestão é o de qualificar a assistência, satisfazendo as necessidades da mulher, do seu bebê e de sua família no momento do parto e nascimento. A Prefeitura Municipal de Betim encomendou uma pesquisa de satisfação do usuário do SUS Betim ao Instituto VER, que foi realizada em agosto de 2010. O Índice de Satisfação da Usuária da Maternidade foi de 98%, considerado muito elevado, o que trás a certeza e alegria, que estamos no caminho certo!

9 CONCLUSÃO

A trajetória da Gestão Participativa da Maternidade Pública Municipal de Betim relatada neste trabalho revela que ao longo destes dois anos e meio muito se avançou na perspectiva de alcançar os objetivos propostos pela gestão. O trabalho desenvolvido teve como referência fundamental a articulação dinâmica entre as seis diretrizes elaboradas coletivamente no Planejamento Estratégico: oferecer atendimento de qualidade e humanizado; valorizar o trabalhador; organizar os processos de trabalho; integrar a Maternidade junto às demais unidades da Rede de Atenção a Saúde e otimizar os recursos financeiros.

Assim, concordamos com Campos (2007) quando diz que a gestão é uma tarefa coletiva e que cumpre três funções básicas: a de administrar e planejar os processos de trabalho com objetivo de qualificar a assistência; a de alterar as relações de poder e construir a democracia nas instituições e a de possibilitar a reflexão crítica, a produção de subjetividade e de constituição de sujeitos.

REFERÊNCIAS

ADRIANO, J. R.; SANTOS, M. A.; FERREIRA, S. M.G. **Manual de planejamento**. Belo Horizonte, 1998.

BETIM (Minas Gerais). Prefeitura Municipal de Betim. Maternidade Pública Municipal de Betim. Colegiado Ampliado da Maternidade. **Planejamento Estratégico da Maternidade Pública Municipal de Betim 2009/2012**. Betim, 2009.

_____. Prefeitura Municipal de Betim. Maternidade Pública Municipal de Betim. Colegiado Gestor. **Livro de Ata das Reuniões do Colegiado Gestor 2007 e 2008**. Betim, 2008.

_____. Prefeitura Municipal de Betim. Maternidade Pública Municipal de Betim. Diretoria da Maternidade. **Modelo de gestão participativa da maternidade municipal de Betim**. Betim, 2009a.

_____. Prefeitura Municipal de Betim. Maternidade Pública Municipal de Betim. Diretoria da Maternidade. **Relatório de Gestão da Maternidade Pública Municipal de Betim 2009 e 2010**. Betim, 2010.

BETIM (Minas Gerais). Secretaria Municipal de Planejamento. **Plano plurianual de Betim de 2009 a 2013**. Betim, 2009.

_____. Secretaria Municipal de Saúde. **Plano municipal de Saúde 2010/2013**. Betim, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do SUS. **Crescimento populacional em 2009**. 2009b. Disponível em: <www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0206>. Acesso em: 20 jul. 2011.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Humaniza SUS**: gestão participativa: co-gestão. Brasília, 2009a.

CAMPOS, G. W. **Saúde Paidéia**. São Paulo: Hucitec, 2003.

_____. **Um método para análise da co-gestão de coletivos**. 3. ed. São Paulo: Hucitec, 2007.

CAMPOS, G. W.; AMARAL, M. A. A clínica ampliada e compartilhada, a gestão democrática e redes de atenção como referenciais teórico-operacionais para a reforma do hospital. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 4, p. 849-859, jul./ago. 2007.

CECÍLIO, L. C. O.; MERHY, E. E. **A integralidade do cuidado como eixo da gestão hospitalar**. São Paulo: Hucitec, 2003.

INDICADORES de Saúde de Betim 2010. **Boletim informativo do Serviço de Vigilância Epidemiológica** (SVE) da SMS. Betim, 2010a.

INDICADORES gerenciais. **Boletim Informativo da Maternidade Públicas de Betim**. Betim, 2010b.

IBGE. Censo 2010. **População de Betim em 2010**. Disponível em: <www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/tabelas_pdf/total_populacao_minas_gerais.pdf.>. Acesso em: 15 jul. 2011.

PARTICIPAÇÃO DA COMUNIDADE NO SUS DE DIADEMA/SP

Aparecida Linhares Pimenta[1]
Cristina Maria Athayde[2]
Lídia Tobias Silveira[3]
Tânia da Costa[4]

RESUMO

Diadema é um município industrializado, de grande porte; conta em 2011 com 386.039 habitantes (IBGE; 2010) e pertence à Região do Grande ABCD Paulista. Ao longo dos 51 anos de emancipação da cidade, ocorreram significativas transformações políticas e sociais, principalmente a partir de 1983 com a gestão das várias Administrações no campo democrático-popular. O tema saúde sempre ocupou um espaço privilegiado e de destaque na organização dos movimentos sociais no município de Diadema. Em 1987, antes da Constituição Federal, Diadema criou o seu primeiro Conselho Municipal de Saúde, formado por conselheiros eleitos diretamente pela população. Este primeiro Conselho possuía um caráter de movimento social, sendo representado exclusivamente pelo segmento dos usuários, que pautava e discutia as questões intrínsecas da saúde diretamente com os representantes do Governo Municipal. Posterior a regulamentação do SUS, em 1992, foram institucionalizados por lei dois Conselhos de Saúde: o Conselho Municipal e o Conselho Popular. O primeiro formado, de forma paritária conforme legislação do SUS, e o segundo formado exclusivamente com representantes de usuários, seguindo o modelo do primeiro conselho instituído em 1987. A história de participação popular em Diadema, inclusive o fato de ainda contar com dois Conselhos de Saúde confere uma particularidade ao controle social no município que merece ser relatada e problematizada.

Palavras-chave: Participação popular. Conselhos de Saúde. Controle Social.

[1] Secretária Municipal de Saúde do Município de Diadema.

[2] Apoio ao Controle Social da SMS de Diadema.

[3] Assistente de Direção da SMS de Diadema.

[4] Assistente de Coordenação da Coordenadoria de Vigilância à Saúde da SMS de Diadema.

1 OBJETIVO

O presente trabalho tem por objetivo relatar o processo histórico da participação da comunidade na consolidação do SUS e propor uma reflexão sobre os atuais desafios da gestão participativa no município de Diadema.

2 MUNICÍPIO DE DIADEMA: ANTECEDENTES HISTÓRICOS E ATUALIDADE

Diadema pertence à Região Metropolitana de São Paulo, mais especificamente à Região do Grande ABCD Paulista, que abrange também os municípios de Santo André, São Bernardo do Campo, São Caetano do Sul, Mauá, Ribeirão Pires e Rio Grande da Serra.

Nos 51 anos de emancipação do município, muitas transformações ocorreram na região do ABCD, como a abertura de estradas, industrialização, migrações, novos loteamentos, crescimento das cidades, e a constituição de uma região metropolitana, contando inclusive com um Consórcio Intermunicipal do ABC.

Após a emancipação, no final da década de 1950, o Município começou a crescer rapidamente. A população aumentava em proporção muito maior do que a infraestrutura, criando-se assim bairros com grande precariedade. A população que em 1950 era de 3.023 habitantes passou para 12.308 em 1960; para 79.000 em 1970; 228.000 em 1980; em 1985 chegou a 350.000 habitantes, e hoje, Diadema conta com 386.039 habitantes. Existem 113.957 domicílios ocupados, conferindo uma taxa de urbanização de 100,00% e densidade demográfica média de 12.595 habitantes por Km² (segunda maior do Brasil e a primeira do Estado de São Paulo).

O município apresentou expressivo crescimento econômico na década de 1980, ficando entre as doze maiores arrecadações municipais do estado de São Paulo, resultado de uma deliberada política de favorecimento à implantação de indústrias pelas gestões municipais nas décadas de 1960 e 1970.

Diadema foi considerada por muito tempo "cidade-dormitório", atributo reforçado com a implantação do parque industrial automobilístico em São Bernardo. Em consequência da migração de nordestinos e mineiros e da ocupação do espaço urbano, a cidade tornou-se opção aos trabalhadores sem habitação, principalmente do município de São Bernardo.

Segundo Simões (1992) em 1982, a população de Diadema se aproximava dos 300.000 habitantes, um terço dos quais vivendo em favelas, com população majoritariamente jovem e pobre, enfrentando sérias carências de atendimento médico e saneamento básico, ainda praticamente inexistente no Município. Segundo dados da Secretaria da Saúde (apud COELHO, 2008) em 1980, a taxa de mortalidade infantil era de 82,9 por mil nascidos vivos, quase três vezes maior do que em São Caetano do Sul que apresentava taxa de 29,3/1000 NV. A Mortalidade Infantil de Diadema era também maior do que a taxa do Estado de São Paulo (51,2/1000 NV).

A situação passou a mudar em Diadema a partir de 1983, quando assume a administração do Município o prefeito Gilson Menezes, à época pertencente ao Partido dos Trabalhadores. Inaugurava-se, no Brasil, o que depois viria a ser conhecido como administrações democrático-populares.

Com a escassez de recursos do Município, as primeiras ações foram voltadas para instalação de infraestrutura básica, como rede de água e energia elétrica, regularização fundiária e implantação de equipamentos de saúde e educação.

Ao longo de quase três décadas, com a cidade sendo governada por várias gestões administrativas no campo democrático-popular[5], Diadema transformou-se. A população e a prefeitura enfrentaram juntas as dificuldades e construíram uma nova realidade, e a experiência do orçamento participativo teve importância significativa da participação popular na cidade.

O poder público local fez grandes investimentos em áreas consideradas prioritárias, do ponto de vista da qualidade de vida da sua população. Por sua vez, moradores engajados em várias frentes de trabalho participavam ativamente, ora com sua força de trabalho nas abundantes obras, ora pautando os fóruns de decisão sobre os destinos da sua cidade.

A cidade hoje conta com uma Rede de Atenção à Saúde formada por 20 Unidades Básicas de Saúde, com 91 equipes em Estratégia de Saúde da Família e uma cobertura de 100% do território. Possui ainda um Pronto Socorro Municipal, um Hospital Público Municipal (com Pronto Socorro), três Pronto Atendimento, um Centro de Referência em DST/Aids/ Hepatites, um Centro de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST), um Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e Drogas (CAPS-AD), um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) Infantil, três CAPS tipo III, um Quarteirão da Saúde (com Centro de Especialidades Médicas e outros serviços).

Segundo o Censo de 2000, 99,0% dos domicílios possuíam abastecimento de água; 92,2% rede coletora de esgoto e água pluvial, e 99,6% coleta pública de lixo. Nos três indicadores acima Diadema apresenta-se melhor que a sua Região de Governo[6] e que o Estado de São Paulo.

---

[5] Prefeitos do município de Diadema a partir de 1983: Gilson Menezes - Partido dos Trabalhadores – PT, de 1983 a 1988; José Augusto Ramos - Partido dos Trabalhadores – PT, de 1989 a 1992; José de Filippi Júnior - Partido dos Trabalhadores – PT, de 1993 a 1996; Gilson Menezes - Partido Socialista Brasileiro – PSB, de 1997 a 2000; José de Filippi Júnior - Partido dos Trabalhadores – PT, de 2001 a 2004 e de 2005 a 2008; Mario W. P. Reali - Partido dos Trabalhadores – PT de 2009 a atual.

[6] Foi considerada pela Fundação Seade, como Região de Governo de Diadema a Região Metropolitana de São Paulo, composta de 39 municípios, incluindo os sete da região do Grande ABCD. Para ver os municípios da Região Metropolitana de São Paulo acessar: http://www.seade.gov.br/produtos/divpolitica/index.php?page=tabela&action=load&nivel=30.

Quanto aos índices relacionados às estatísticas vitais e saúde[7], o município apresenta taxa de natalidade (por mil habitantes) de 16,71. A Região de Governo apresenta 15,33 e o Estado de São Paulo 14,39. A taxa de mortalidade infantil (por mil nascidos vivos), que em 1979 era de 94,82 (EMPLASA, apud SIMÕES, 1992, p. 68) passou para 12,36 em 2009, praticamente igual à Região de Governo (12,35) e ao Estado de São Paulo (12,48).

[7] Fonte: Perfil Municipal, Fundação Seade, dados relativos a 2009.

3 SISTEMA MUNICIPAL DE SAÚDE E A PARTICIPAÇÃO POPULAR EM DIADEMA

O processo de implantação de políticas públicas decorrentes, principalmente do período pós Constituição de 1988, incluindo-se aí o SUS, ocorreu de forma consideravelmente diferenciada em Diadema.

O tema saúde sempre ocupou um espaço privilegiado e de destaque na organização dos movimentos sociais, em decorrência não somente da falta de acesso aos serviços de saúde - que se refletia nos baixos índices sociais, como por exemplo, o da mortalidade infantil -, mas também pela combatividade de sua gente.

O impacto da transformação urbana da cidade num período relativamente curto demonstrou a força da organização popular e o compromisso de várias gestões municipais com os principais interesses e necessidades da população. Este processo, que envolveu os movimentos populares e os gestores municipais ao longo de sucessivos anos, colocou na agenda política local a necessidade de implementar instrumentos e mecanismos capazes de garantir o exercício da participação popular nos espaços públicos.

No âmbito nacional a participação da comunidade na gestão do SUS foi institucionalizada e regulamentada por meio das Leis Orgânicas da Saúde (Lei nº 8.080/90 e Lei nº 8.142/90). Na região do Grande ABC, os Conselhos Municipais de Saúde foram criados de distintas formas entre os anos de 1991 e 1993.

Em Diadema, no início década de 1980, a participação das mulheres impulsionou as lutas populares na cidade, dando origem aos Clubes de Mães e às Comissões de Saúde que eram organizadas nos bairros.

Em Maio de 1987 ocorre o I Encontro Municipal de Saúde, que determina a criação do primeiro Conselho Municipal de Saúde (note-se que é antes da Constituição de 1988). O Conselho era então formado por 54 conselheiros, eleitos diretamente pela população da área de abrangência de cada Unidade Básica de Saúde.

Este Conselho Municipal de Saúde possuía um caráter de movimento social, sendo representado exclusivamente pelo segmento dos usuários, que pautavam e discutiam as questões intrínsecas à saúde diretamente com os representantes do Governo Municipal.

No II Encontro de Saúde, realizado em maio de 1989, o Conselho Municipal de Saúde participou e discutiu a implantação do SUS, passando a acompanhar o processo de municipalização da saúde.

Um ano depois do III Encontro de Saúde, que foi realizado em maio de 1991, designado também como I Conferência Municipal de Saúde de Diadema, foram criados dois Conselhos Municipais de Saúde:

1. Conselho Municipal de Saúde (Lei nº 1.210 de 9 Julho de 1992);
2. Conselho Popular de Saúde (Lei nº 1.211 de 9 de Julho de 1992).

A Lei nº 1.210/92, que trata do Conselho Municipal, segue as diretrizes das Leis Federais nº 8.080/90 e nº 8.142/90, e define como composição legal o número de doze conselheiros titulares distribuídos de forma paritária.

A Lei nº 1.211/92, que trata do Conselho Popular de Saúde, segue as diretrizes da Lei Orgânica Municipal, contando apenas com representantes do segmento de usuários, possuindo hoje 80 conselheiros (quatro por Unidade Básica de Saúde), diferindo assim das diretrizes constantes na Lei Federal nº 8.142/1990, que estabelece paridade entre aos segmentos dos gestores, trabalhadores da saúde e usuários.

Cabe destacar que o modelo de Conselho Municipal de Saúde proposto após a regulamentação do SUS, difere do modelo que já estava em funcionamento no município de Diadema, ou seja, existia um Conselho Municipal de Saúde composto somente de usuários e pelo Secretário de Saúde, mas este não era formalizado por lei, apesar de reconhecido pelo poder público e pela população.

Entretanto, era necessário adequar o Município à legislação federal; assim, em 1992, é criado o Conselho Municipal de Saúde (CMS) e o Conselho que existia até então, com o mesmo nome, é também formalizado por lei, passando a chamar-se Conselho Popular de Saúde (CPS).

A decisão de manter a institucionalização do Conselho Popular produziu um modelo singular de participação da comunidade no Sistema Único de Saúde local, na medida em que os conselheiros do segmento dos usuários no Conselho Municipal de Saúde são indicados pelo Conselho Popular de Saúde/CPS. O CPS é formado integralmente por membros eleitos diretamente pela população, de acordo com a territorialização das Unidades Básicas de Saúde.

Por outro lado a existência de dois Conselhos provoca tensionamentos relacionados à superposição de atribuições e competências entre Conselho Municipal de Saúde e o Conselho Popular.

Pela Resolução 333/2003[8] cabe ao Conselho Municipal de Saúde coordenar o processo de formação e o funcionamento dos conselhos gestores/conselhos locais.

Em Diadema essa atribuição é compartilhada com o Conselho Popular de Saúde, que organiza o processo eleitoral do segmento dos usuários com apoio logístico e financeiro da Secretaria de Saúde. Ao Conselho Municipal cabe organizar a eleição dos trabalhadores de todos os Conselhos Gestores e das entidades da sociedade civil que ocupam vagas nos Conselhos Gestores de Serviços Especializados e de Equipamentos de Saúde de Grande Porte.

Passados 19 anos da lei de criação dos conselhos, nota-se que a compreensão de uma parte dos conselheiros do Conselho Popular sobre as atribuições do Conselho Municipal de Saúde não corresponde ao que está definido na legislação do SUS em relação ao controle social.

Os gestores da Secretaria Municipal de Saúde entendem o Conselho Popular como organização política autônoma da população e reconhecem a importância da atuação dos conselheiros na cidade.

Por outro lado, com a Lei Federal nº 8.142/90 e a partir das recomendações da Resolução nº 333/03, ficou estabelecido de maneira inequívoca as competências dos Conselhos de Saúde, incluindo os Conselhos Municipais.

Frente a esta legislação do SUS torna-se fundamental discutir com os conselheiros o papel do Conselho Popular no momento atual, com objetivo de tornar mais claras as atribuições de cada um dos Conselhos de Saúde de Diadema: o Popular e o Conselho Municipal de Saúde.

---

[8] A Primeira Diretriz da Resolução 333/2003 refere que: "Conselho de Saúde é órgão colegiado, deliberativo e permanente do Sistema Único de Saúde – SUS em cada esfera de Governo, integrante da estrutura básica do Ministério da Saúde, da Secretaria de Saúde dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, com composição, organização e competência fixadas na Lei nº 8.142/90. O processo bem-sucedido de descentralização tem determinado a ampliação dos Conselhos de Saúde que ora se estabelecem também em Conselhos Regionais, Conselhos Locais, Conselhos Distritais de Saúde, incluindo os Conselhos Distritais Indígenas, sob a coordenação dos Conselhos de Saúde da esfera correspondente [...]."

4 CONSELHOS GESTORES

Outra iniciativa importante na história do controle social do SUS em Diadema foi a aprovação de Lei Municipal que criou os Conselhos Gestores de Unidades em 1996, após quatro anos da criação dos Conselhos Municipal e Popular de Saúde.

Atualmente Diadema possui 29 Conselhos Gestores, tripartites e paritários, assim distribuídos:

a) 20 Conselhos Gestores de Unidades Básicas de Saúde;

b) Seis Conselhos Gestores de Serviços Especializados, sendo: Centro de Referência de DST/Aids, Centro de Controle de Zoonoses, Centro de Atenção Psicossocial Infantil, Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas, Centros de Atenção Psicossocial Leste, Centro-Oeste e Sul.

c) Três Conselhos Gestores de Serviços de Grande Porte, sendo: Hospital Público Municipal, Pronto Socorro Central e Quarteirão da Saúde.

Cada um destes Conselhos Gestores possui um arranjo específico, sendo a composição dimensionada por ordem crescente, de acordo com a classificação do serviço.

1- Os Conselhos Gestores de Unidades Básicas de Saúde são compostos por quatro membros, sendo: um representante do segmento gestor; um representante do segmento de trabalhador da UBS; e dois representantes de usuários, indicados pelo Conselho Popular de Saúde.

2- Os Conselhos Gestores dos Serviços Especializados são compostos por oito membros, sendo: dois representantes do segmento gestor; dois representantes do segmento dos trabalhadores do serviço e quatro representantes do segmento dos usuários; sendo dois indicados pelo Conselho Popular de Saúde e dois representantes de entidades da sociedade civil de abrangência municipal, indicadas por entidades representadas no Conselho Municipal de Saúde.

3- Os Conselhos Gestores dos Serviços de Grande Porte são compostos por 12 membros, sendo: três representantes do segmento gestor; três representantes do segmento dos trabalhadores do serviço; e seis representantes do segmento dos usuários, sendo quatro representantes indicados pelo Conselho Popular de Saúde e dois representantes de entidades da sociedade civil de abrangência municipal, os quais são indicados pelas entidades representadas no Conselho Municipal de Saúde.

A participação dos usuários dos Conselhos Gestores das Unidades Básicas de Saúde,

concomitante nos Conselhos Gestores de Serviços Especializados e de Grande Porte, poderia ser um elemento facilitador da política municipal de saúde, que tem como uma das diretrizes a integração da Rede de Atenção a Saúde. Porém, não se percebe ainda a necessária articulação entre os Conselhos Gestores e o Conselho Municipal para que os problemas que não podem ser resolvidos localmente cheguem ao Conselho Municipal de forma qualificada.

5 INSTRUMENTOS DE GESTÃO DO SUS E CONTROLE SOCIAL

Um dos eixos estruturantes do Modelo de Gestão da Secretaria de Saúde é a participação efetiva da população no planejamento e acompanhamento da execução das ações de saúde, incluindo o controle da utilização dos recursos financeiros do SUS, o que é realizado por meio das prestações de contas trimestrais do Fundo Municipal de Saúde aos conselheiros.

No ano de 2009 o Plano Municipal de Saúde foi apresentado e discutido numa plenária que contou com a participação do Conselho Municipal de Saúde, Conselhos Gestores, Conselho Popular e gerentes de serviços de saúde.

No ano de 2010, Diadema realizou a VII Conferência Municipal de Saúde com amplo debate realizado no município. Esta Conferência foi precedida por 23 pré conferências regionais organizadas junto às 19 Unidades Básicas de Saúde, CR DST/Aids, CEREST, tendo ainda, uma conjunta dos CAPS e outra com lideranças do Movimento Sindical da Região.

Além disso, foram realizadas três plenárias temáticas: 1) Reorganização da Rede de Atenção à Saúde de Diadema: atenção básica, serviços de urgências e emergências, serviços especializados e serviços hospitalares; 2) Promoção da saúde e cidade saudável: políticas intersetoriais em Diadema; 3) Saúde Mental em Diadema: construindo a rede substitutiva e a reabilitação psicossocial.

As reuniões preparatórias mobilizaram mais de 2.500 pessoas, com mais de 200 propostas apresentadas para apreciação e aprovação durante a Conferência. Na fase preparatória foram também indicados os delegados, em número de 356, sendo 179 delegados representantes do segmento usuários; 89 delegados representantes do segmento trabalhadores da saúde e 89 delegados representantes do segmento governo/prestadores.

A Plenária Final aprovou o Relatório, com 305 deliberações, que passaram a constituir as diretrizes da SMS de Diadema para os quatro anos de trabalho.

Desde 2010 os membros da Secretaria Municipal de Saúde que fazem parte do Conselho Municipal de Saúde trabalharam no sentido de transformar as reuniões ordinárias em espaço de formação de conselheiros, aprofundando as discussões sobre os grandes desafios do SUS na atualidade, tanto no país como em Diadema. Como parte deste processo foi criada a Comissão de Acompanhamento e Fiscalização das Contas da Secretaria Municipal da Saúde, que tem trabalhado no sentido de aumentar o conhecimento dos conselheiros sobre o funcionamento das receitas e despesas da Saúde.

A Programação Anual de 2010 foi aprovada na Reunião Ordinária do Conselho Municipal de Saúde de maio de 2010. Todo este processo de discussão ocorreu com a participação ativa dos conselheiros do CMS.

A Eleição dos representantes dos usuários do Conselho Popular de Saúde realizada em março de 2011, contou com a participação de cerca de 6.000 eleitores de Diadema. Ao todo 113 munícipes concorreram à eleição; destes 40 foram eleitos titulares e 40 suplentes. Paralela à eleição do Conselho Popular ocorreu a eleição direta do segmento dos trabalhadores dos Conselhos Gestores em cada UBS. O fechamento do processo eleitoral dos Conselhos Gestores de Saúde terminou em julho de 2011, quando também ocorreu a eleição dos Conselhos Gestores de Serviços Especializados e de Grande Porte para o exercício do mandato 2011 a 2013.

Em 2011 o município realizou a Plenária de Saúde, correspondente à etapa municipal da 14ª Conferência Nacional de Saúde, com aprovação de propostas para a Conferência Estadual e para a Nacional, bem como a eleição de delegados dos três segmentos para as respectivas Conferências.

6 DESAFIOS NO CAMPO DA GESTÃO PARTICIPATIVA NO SUS EM DIADEMA

Um dos desafios no campo da participação popular em Diadema é qualificar a discussão política do SUS no Conselho Popular. Apesar de quatro conselheiros do CPS, fazerem parte do CMS, existe um distanciamento no conteúdo das discussões que acontecem nas reuniões dos dois Conselhos, uma vez que a participação de gestores e trabalhadores da saúde imprime outra pauta nas discussões do CMS, pois são analisados os Relatórios Anuais de Gestão, as Programações Anuais, as Metas Anuais dos Indicadores do Pacto pela Vida, as Prestações de Contas Trimestrais. Além disso, todos os projetos encaminhados às instâncias do SUS exigem aprovação do CMS e são debatidos nas reuniões ordinárias do Conselho. Ou seja, além da "institucionalidade" obrigatória das reuniões do CMS, há também um aprofundamento nas discussões, o que as torna completamente diferentes das reuniões do CPS.

Outro elemento importante a ser considerado na presente análise, diz respeito ao fato da experiência de participação popular em Diadema, nas décadas de 1980 e 1990, ter se constituído com base na luta pelo acesso aos serviços de saúde, por meio de reivindicações para criação de novos serviços. Exemplos desta luta foram: abertura do Hospital Municipal, construção do Hospital Estadual de Diadema, criação de UBS, construção do Quarteirão da Saúde para resolver os problemas de estrangulamento no acesso às ações de média complexidade.

Hoje com a Rede de Atenção instalada e os recursos financeiros praticamente comprometidos com o custeio desta Rede, o grande desafio do SUS de Diadema passa pela melhoria da gestão do cuidado e pelo trabalho em rede, e não mais a criação de novos serviços. Outro elemento presente na realidade epidemiológica do município é o crescimento das doenças crônicas não transmissíveis, que também exige mudanças na forma de realizar o cuidado em saúde.

Por outro lado, o Conselho Popular de Saúde, pelo fato de ser constituído exclusivamente por usuários, muitas vezes não considera os aspectos técnicos e administrativos envolvidos na viabilização de propostas ou para solução de problemas discutidos nas reuniões.

Após 19 anos de criação dos dois conselhos, o SUS no país e no município passou por mudanças profundas e por isso faz-se necessário atualizar e readequar não só a legislação, mas também a prática política dos espaços de controle social no município.

Nesse sentido, é necessário debater a possibilidade dos Conselhos Gestores de Serviços Especializados incorporarem a participação dos usuários dos serviços na sua composição,

para superar os limites da Lei municipal de 1996, que prevê apenas representação de entidades e de representantes do Conselho Popular de Saúde. A título de exemplo, podemos citar a participação de familiares e pacientes dos CAPS no segmento dos usuários nos Conselhos Gestores destes serviços, o que permitiria uma considerável contribuição para o aperfeiçoamento do controle social dos CAPS.

A situação atual aponta para a necessidade de se rever o número de representantes dos Conselhos Gestores de Serviços Especializados e de Grande Porte a partir de parâmetros que estejam fundamentados na realidade de cada serviço, bem como também, do Conselho Municipal de Saúde.

Nessa lógica se faz fundamental problematizar e redefinir as atribuições e competências dos três Conselhos, de forma a evitar a superposição que atualmente vem ocorrendo, gerando conflitos entre as instâncias.

Por fim, os maiores desafios da Gestão Participativa no SUS de Diadema são, por um lado, trazer os conselheiros para o debate contemporâneo sobre os determinantes sociais do processo saúde doença, bem como introduzir temas relevantes nas discussões ordinárias dos Conselhos, tais como: ampliação da clínica praticada em nossos serviços com objetivo de contribuir para a autonomia dos sujeitos, o papel da atenção básica na gestão do cuidado e no reordenamento da rede de saúde, e, por outro lado, despertar o conjunto de gestores e gerentes para exercer com mais vida os espaços de controle social, não apenas como obrigação legal, mas como uma prática social de integração de saberes e experiências de vida, e como espaço de construção de cidadania e de cidadãos.

REFERÊNCIAS

BRASIL. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em: <www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm>.

_____. **Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990**. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do sistema único de saúde - SUS e sobre as transferências de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Disponível em: < www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8142.htm>.

_____. **Resolução CNS nº 333 de 04 de Novembro de 2003**. Conselho Nacional de Saúde (CNS). Normatiza a estruturação, organização, funcionamento, competências e atuação dos Conselhos de Saúde do Brasil. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/livros/resolucao_333.pdf>.

COELHO, M. C. S. **Espaço de direitos é mais que direito a espaço**: o processo de urbanização de favelas em Diadema (1983 – 2008). 2008. 179 f. Mestrado (Dissertação) – PEPSS/PUCSP, São Paulo, 2008.

COSTA, T. **Diadema**: que cidade é essa?: texto elaborado para a Secretaria da Saúde de Diadema como subsídio para o I Ciclo de Encontros dos Trabalhadores Administrativos – Humaniza/SUS. Diadema: [s.n.], 2011. (Mimeo).

DIADEMA (São Paulo). **Lei nº 1.210, de 9 de julho de 1992**. Dispõe sobre a criação do Conselho Municipal de Saúde nos termos do inciso III do artigo 198 da Constituição Federal, do inciso VIII do artigo 7º da Lei Federal nº 8080, de 19 de setembro de 1990, e do parágrafo 2º do artigo 1º da Lei Federal nº 8142, de 28 de dezembro de 1990, do artigo 221 da Constituição Estadual, do inciso III, e Parágrafo Único do Artigo 233 e artigo 23 das Disposições Transitórias da Lei Orgânica do Município de Diadema. Disponível em: <https://cm-diadema.jusbrasil.com.br/legislacao/359527/lei-1210-92>.

_____. **Lei nº 1.211, de 9 de julho de 1992**. Dispõe sobre a criação do Conselho Popular de Saúde nos termos do inciso III, do Artigo 198 da Constituição Federal, do inciso VIII do artigo 7º da Lei Federal nº 8080, de 19 de Setembro de 1990 e artigo 6º e os seus incisos VI e VII da Lei Orgânica do Município. Disponível em: <www.cmdiadema.sp.gov.br/leis_integra.php?chave=121192>.

_____. **Lei nº 1.531, de 30 de dezembro de 1996**. Altera a redação de dispositivo da Lei Municipal nº 1.210, de 9 de julho de 1992, que dispôs sobre a instituição do conselho Municipal de Saúde. Disponível em: <http://cm-diadema.jusbrasil.com.br/legislacao/358024/lei-1531-96>.

_____. **Lei nº 1.532, de 30 de dezembro de 1996**. Dispõe sobre a criação dos Conselhos Gestores de Unidades de Saúde. Disponível em: <www.leismunicipais.com.br/a/sp/d/diadema/lei-ordinaria/1996/154/1532/lei-ordinaria-n-1532-1996-dispoe-sobre-a-criacao-dos-conselhos-gestores-de-unidades-de-saude>.

_____. **Plano Municipal de Saúde 2009/2012**: aprovado pelo Conselho Municipal de Saúde em 22 out. 2009. Diadema, 2009.

_____. **Relatório Anual de Gestão de 2010 da Secretaria Municipal de Saúde de Diadema**. Diadema, 2010.

_____. Prefeitura Municipal de Diadema. Conselho Municipal de Saúde. **Movimento de Saúde de Diadema**. Diadema, SP, 1991. Material impresso artesanalmente e distribuído pelo Conselho Municipal de Saúde no Município antes e durante o III Encontro Municipal de Saúde e I Conferência Municipal de Saúde. 8 f.

_____. Prefeitura Municipal de Diadema. Secretaria Municipal de Saúde. **Participação popular e controle social em saúde**: a experiência de capacitação de conselheiros de saúde e lideranças populares em Diadema. Diadema, 2008.

SIMÕES, J. A. **O dilema da participação popular**: a etnografia de um caso. São Paulo: Marco Zero, 1992.

ARTICULAÇÃO INTERSETORIAL COMO ESTRATÉGIA PARA O EFETIVO CONTROLE SOCIAL NO SUS: O CASO DE PORTO ALEGRE

Heloisa Helena R. de Alencar[1]

RESUMO

O artigo relata a experiência do CMS de Porto Alegre, focando a importância de sua estratégia de atuação que tem na educação permanente e na articulação política e intersetorial com outras instâncias de controle governamentais e não governamentais fatores que potencializam o alcance de resultados concretos.

Palavras-chave: Controle social. Articulação. Intersetorialidade.

[1] Médica Sanitarista, assessora técnica do CMS – end: Rua José do Patrocínio, 120/702 – Porto Alegre-RS CEP:90050-000.

1 INTRODUÇÃO

O presente trabalho pretende apresentar a experiência do Conselho Municipal de Saúde de Porto Alegre, em especial nos últimos três anos, buscando demonstrar a importância de sua estratégia de atuação que tem na articulação política e intersetorial com outras instâncias de controle governamentais e não governamentais, um fator potencializador para o alcance de resultados concretos.

A presente experiência, que já tem sido reconhecida, avaliada e discutida nos espaços de participação e controle social, tem proporcionado igualmente o debate do papel dos conselhos de saúde como essenciais na gestão das políticas públicas, em especial no campo da saúde (AVRITZER, 2010).

2 OBJETIVOS

A estratégia de atuação adotada tem como principais objetivos:

1- tornar o espaço "formal" de controle social – o Conselho de Saúde – permeável aos movimentos sociais, dando voz às demandas e reivindicações que brotam nas comunidades e nos movimentos organizados de usuários e trabalhadores;

2- ampliar o espaço de atuação, articulando a rede de controle social nas três esferas de gestão do SUS (municipal, estadual e nacional);

3- potencializar a atuação dos diversos órgãos de controle governamentais (MPE, MPF, TCE, TCU, CGU, DENASUS, PF), através de demandas conjuntas e articuladas;

4- dar visibilidade aos debates e questões do campo da saúde, agregando e articulando as ações com outros atores e espaços de controle não governamentais, inclusive e especialmente de outras áreas temáticas, no exercício da intersetorialidade.

3 APRESENTAÇÃO DA EXPERIÊNCIA

O Conselho Municipal de Saúde de Porto Alegre, nos últimos três anos, protagonizou ações e intervenções no campo da gestão da saúde que tiveram resultados concretos na ampliação do acesso à saúde, bem como do controle e fiscalização dos recursos públicos no âmbito do SUS.

A estratégia de ação adotada, na medida em que o governo municipal desconhecia e desrespeitava o papel constitucional que cabe ao Conselho de Saúde, foi a de buscar inicialmente apoio e intervenção junto ao Ministério Público Estadual (MPE). Esta ação articulada teve como resultado concreto determinação judicial que incluiu a confecção do Plano Municipal de Saúde (PMS) 2010-2013, orçamento mínimo para o CMS, respeito às deliberações e publicação de resoluções, entre outras.

Esta ação articulada teve grande repercussão no âmbito dos espaços de controle social no município, bem como a sua divulgação entre os demais Conselhos de Saúde, na medida em que é bastante frequente a conduta dos gestores do SUS de não garantir a estrutura necessária aos Conselhos de Saúde bem como de não reconhecer seu papel deliberativo na condução da política de saúde.

A articulação com o MPE também foi estratégica na intervenção firme daquele órgão junto aos gestores estadual e municipal do SUS, para a municipalização do Centro de Saúde Murialdo e suas oito Unidades de Saúde, reivindicação histórica da comunidade, que contava, na época, com os piores indicadores de saúde da cidade.

O debate permanente sobre a "crise" das emergências, agravada em 2009 pela epidemia de gripe A e pelo fechamento de dois Hospitais operados pela Universidade Luterana do Brasil (ULBRA), exigiu novamente a presença do CMS no centro da discussão que se travou e que apontava para a urgência de reabertura daqueles leitos. A ação estratégica e articulada com o CES/RS junto aos Ministérios da Educação, Saúde e Advocacia Geral da União (AGU) garantiu a transferência do patrimônio (a União era o maior credor) para o âmbito público.

No episódio da crise do Programa de Saúde da Família em Porto Alegre, que envolveu uma OSCIP de São Paulo e o próprio governo municipal, o papel do CMS foi decisivo desde o início, quando foram identificados indícios de desvios de verbas e a pronta denúncia ao MPE, Ministério Público Federal (MPF), ao Tribunal de Contas da União (TCU), Controladoria Geral da União (CGU), Departamento Nacional de Auditoria do SUS (DENASUS) e Polícia Federal (PF). No entanto, a atuação permanente e persistente junto aos referidos órgãos, articulando as

informações e promovendo a interação entre os mesmos, dinamizou e promoveu uma maior agilidade na apuração dos fatos, que redundou, em fevereiro de 2010, na chamada "Operação Pathos", que identificou uma quadrilha que desviava recursos das prefeituras na gestão terceirizada do PSF.

Para atender a necessidade estratégica de articulação intersetorial, o CMS passou a integrar, em 2009, a Articulação Brasileira de Combate à Corrupção e Impunidade (ABRASCCI), passando a divulgar e socializar ações, eventos, debates e iniciativas promotoras de cidadania e controle social. Esta rede tem contribuído para ampliar o espectro de possibilidades de ação junto aos organismos governamentais e não-governamentais, especialmente no controle dos recursos públicos.

Como estratégia fundamental é importante ainda destacar o papel das Comissões Temáticas, que tem a capacidade articuladora intersetorial de diversos atores e segmentos organizados da sociedade civil. Assim, a constituição de Comissões Temáticas que repercutem e acolhem as demandas advindas das comunidades e dos movimentos organizados dos trabalhadores, tem garantido a ampliação concreta do debate, que não fica restrito aos membros do Plenário, na medida em que as Comissões produzem material para a discussão aprofundada das principais questões que compõem a agenda da saúde. Em Porto Alegre, este tem sido o papel estratégico da Comissão de Saúde Mental, Saúde da Mulher, Saúde da População Negra e da Comissão de DST/AIDS.

A seguir serão destacados e analisados os resultados concretos desta experiência.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Da ação articulada com o MPE, que culminou em acordo judicial para o reconhecimento do papel constitucional do Conselho de Saúde, o resultado concreto mais importante foi a elaboração, por parte da Secretaria Municipal de Saúde, do PMS 2010-2013, o qual, embora tenha sido aprovado com diversas ressalvas e recomendações pelo Plenário do CMS em outubro de 2010, é hoje um importante instrumento de planejamento e monitoramento da gestão da saúde em Porto Alegre.

Além disso, o acordo judicial tem garantido ao CMS contar com recursos orçamentários suficientes para as suas demandas e necessidades estruturais de funcionamento. Neste sentido, foram adquiridos diversos recursos de comunicação e informação, de estrutura de lógica e de registros, como a contratação de serviço de taquigrafia para a elaboração das atas, bem como estão sendo estruturados, junto às Gerências Distritais de Saúde os espaços físicos destinados às estruturas descentralizadas do CMS (Conselhos Distritais e Locais de Saúde).

Outra mudança importante na relação com o gestor municipal a partir do acordo firmado foi a publicação sistemática das resoluções do CMS, garantindo-lhe o caráter oficial. No entanto, nem todas as deliberações emanadas do Plenário têm sido efetivamente cumpridas pelo gestor do SUS. Uma estratégia utilizada para o não cumprimento é o envio de projetos importantes para a Câmara Municipal antes de submetê-las ao controle social, transferindo o debate para o âmbito do Legislativo. Esta conduta, na medida em que se contrapõe à legislação vigente, tem sido apontada como inconstitucional, e este conflito tem trazido para a cena central da discussão o papel dos Conselhos de Saúde e seu caráter deliberativo.

Na verdade, este debate problematiza a verdadeira essência do SUS como uma política pública, e que tem as instâncias de controle social como guardiãs dos seus princípios e diretrizes, capazes de garantir e solidificar os avanços já instituídos. A Caravana em Defesa do SUS, movimento nacional articulado pelo Conselho Nacional de Saúde, bem como os diversos debates que ocorreram a partir da edição da Portaria nº 399, que instituiu o Pacto pela Saúde, na sua dimensão de Defesa do SUS exigem a repolitização dos espaços de controle social como estratégia vital para a garantia de um Sistema Universal, Público e de Qualidade (BRASIL, 2006).

No episódio da municipalização do Centro de Saúde Murialdo, uma estrutura originalmente de gestão estadual, pioneira na construção e formulação de programas para

formação de profissionais para Atenção Primária em Saúde, o apoio e participação do CMS foi decisivo para o desfecho desse processo.

Em virtude da peculiaridade de ser uma estrutura com características de integração ensino-serviço, vinculada à Escola de Saúde Pública estadual, o CS Murialdo e suas oito Unidades de Atenção Primária não acompanharam o processo de municipalização da rede ambulatorial da cidade, ocorrido em bloco no ano de 1996. Portanto, este debate se arrastou por mais de uma década, na qual se sucederam governos municipais e estaduais sem definição de um acordo para a sua municipalização.

Na medida em que o CMS dava voz à mobilização da população, instrumentalizando inclusive com dados objetivos a ação do MPE, o processo de municipalização ganhou visibilidade política e se efetivou, já sendo percebida atualmente uma reversão do quadro assistencial e até mesmo de alguns dados epidemiológicos locais. As Unidades estão sendo reformadas e reequipadas, com implantação do modelo de Estratégia de Saúde da Família e o Centro de Saúde já abriga alguns serviços especializados como ecografia, eletrocardiografia e farmácia especializada, qualificando a atenção à saúde da população. Todo esse processo ocorreu sem perda do papel de formação profissional dos serviços, mantendo-se como campo de ensino e pesquisa da Escola de Saúde Pública.

A crônica "crise" das emergências hospitalares também sempre esteve na agenda do Conselho de Saúde que, na articulação com o MPE tem buscado minimizar os problemas. No entanto, os gestores do SUS têm resistência em compreender o papel estratégico que podem exercer os Conselhos de Saúde no acompanhamento e fiscalização da atenção hospitalar que é ofertada à população. Restringe-se o acesso às informações, aos contratos e metas que são estabelecidos com os prestadores, tanto públicos como privados.

No caso dos hospitais da ULBRA, fechados em virtude de inadimplência e endividamento por malversação de recursos, a atuação do CMS, articulada com o CES/RS, foi capaz de garantir que a gestão dos hospitais, antes privada e parcialmente disponível para o SUS, passasse a ter comando público, ficando um dos hospitais para a gestão do HCPA (federal) e o outro para o município, que através de edital de chamamento público, garantiu a parceria com entidade filantrópica, com atendimento 100% SUS. No entanto, durante todo o processo de negociação da dívida da ULBRA com a União, os gestores do município, do estado e mesmo do Ministério da Saúde, não incluíam a participação do controle social, que articulou diretamente com os órgãos credores e prestadores públicos interessados numa solução que atendesse o interesse público, a finalização do impasse. A reabertura dos dois hospitais, que vai significar mais 220

leitos na cidade, com ênfase em áreas estratégicas (traumato-ortopedia, álcool e drogas e crack) deve ocorrer ainda em 2011.

O controle e fiscalização dos recursos públicos é uma atribuição dos Conselhos de Saúde (BRASIL, 1990b) que também exige capacidade de articulação com os demais órgãos de controle. No entanto, muitas vezes estes órgãos atuam em paralelo, de forma desarticulada, o que reduz o potencial de ação, retardando e onerando os processos investigativos e de responsabilização dos entes públicos.

No episódio do Instituto Sollus, que administrou a ESF em Porto Alegre, e que foi denunciado por desvios de recursos públicos, isto ficou evidente e retrata bem a necessidade desta articulação entre os órgãos de controle externo.

A experiência fiscalizatória do CMS de Porto Alegre tem sido marcante na identificação de problemas concretos no que tange ao uso dos recursos públicos na execução de obras e reformas nos serviços de saúde. Diversas foram as situações encaminhadas aos órgãos de controle externo, que, entre si, não tem opiniões homogêneas sobre o assunto, demonstrando a necessidade de se aprimorarem os instrumentos e conceitos a este respeito.

Da mesma forma se trata a questão da filantropia e a aplicação das novas regras estabelecidas através da Lei nº 12.101, que no âmbito da saúde abriu diversas novas possibilidades de participação do setor privado, nem sempre de amplo conhecimento do controle social (BRASIL, 2009a). Neste sentido, a necessária discussão de todos os projetos de participação do setor privado, com vistas às certificações de filantropia, nos espaços previstos de controle social é uma questão já encaminhada pelo CMS de Porto Alegre junto aos órgãos responsáveis e de controle (MPF, CGU e CEBAS/SAÚDE).

Na busca de uma intervenção sobre os principais problemas e questões no campo da saúde em nossa cidade, a estratégia de constituir Comissões Temáticas como espaços abertos de discussão e participação, têm permitido ampliar a ação e discussão temática do Plenário, na medida em que são espaços que constroem a permeabilidade necessária aos movimentos vivos e demandas concretas da população e dos trabalhadores de saúde.

A Comissão de Saúde Mental do CMS tem sido responsável pelo amplo debate e visibilidade junto aos órgãos de controle (especialmente o MPE), da situação caótica que ainda configura a atenção em Saúde Mental no município. Na 3ª Conferência Municipal de Saúde Mental, realizada em 2010, a participação em peso de usuários e trabalhadores demonstrou a prioridade do tema para a cidade, o que foi referendado na 6ª Conferência Municipal de Saúde, onde a implementação dos dispositivos previstos na Lei da Reforma

Psiquiátrica constou sempre entre as propostas mais votadas em todas as regiões da cidade. (BRASIL, 2001).

A Comissão de Saúde da Mulher, constituída no início de 2011, é resultante de uma série de debates e ações protagonizadas e acolhidas pelo CMS na defesa dos direitos sexuais e reprodutivos, no combate à violência e por ações efetivas em relação ao Câncer de mama, uma das principais causas de óbito entre a população feminina gaúcha. Estas ações intersetoriais, uma vez que agregam pessoas e entidades que atuam em outras áreas de políticas públicas e nos movimentos sociais de mulheres, potencializaram o debate trazendo maior visibilidade às questões importantes e pouco socializadas, como a mortalidade materna, a inoperância do sistema de saúde para agilizar o diagnóstico e tratamento do câncer ginecológico (de colo e de mama), bem como tem subsidiado e sensibilizado os órgãos legislativos e o MPE sobre as demandas específicas, como é o caso do que dispõe a Lei nº 11.664 que prevê os exames de mamografia na rotina dos serviços para as mulheres a partir dos 40 anos (BRASIL, 2008).

Da mesma forma, o CMS tem sido chamado a acompanhar o MPE na fiscalização do cumprimento da Lei nº 11.108 que prevê a presença de acompanhante durante todo o trabalho de parto junto às maternidades da cidade. (BRASIL, 2005)

A Comissão de Saúde da População Negra, reativada em 2009, tem trabalhado na articulação das entidades que lutam pela igualdade racial, contra a discriminação étnica e pela equidade no acesso aos bens e serviços, entre os quais se destaca a saúde. Através de sua atuação articulada e com o apoio do MPE, foi constituída na SMS de Porto Alegre a área técnica específica para trabalhar na elaboração de uma política municipal voltada para as questões de saúde deste segmento populacional.

Neste sentido, foi emblemática a publicação especial de Boletim Epidemiológico pela Coordenadoria Geral de Vigilância em Saúde (CGVS/SMS), dedicado a expressar e divulgar os dados epidemiológicos relativos ao quesito raça/cor, que demonstram a determinação social e étnica na etiologia de agravos como a sífilis, tuberculose, AIDS, bem como na maior proporção dos óbitos maternos e infantis, e por violência.

A articulação intersetorial dentro desta temática foi determinante na indicação da proposta mais votada na 6ª Conferência Municipal de Saúde, que apontou a necessidade de implementar, nos três níveis de gestão do SUS, a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra. (BRASIL, 2009b).

A epidemia de AIDS, desde o seu início, teve alta incidência na população de Porto Alegre. A Comissão de DST/AIDS do CMS é uma das mais antigas e sempre foi estratégica na articulação das entidades, instituições e serviços envolvidos na prevenção da doença e tratamento das pessoas com AIDS.

Em 2008, a Comissão realizou importante debate-denúncia sobre a situação de "descontrole" da epidemia na cidade, quando Porto Alegre apresentava os maiores índices de contaminação do país. A situação foi encaminhada ao MPE e a gestão municipal foi instada a implementar ações mais efetivas na condução da política municipal, desde a substituição do quadro técnico, como a prestação de contas dos recursos disponíveis e não utilizados a contento, e mais recentemente, de atuação em conjunto com a política de controle da tuberculose, integrando e articulando ações que visem à abordagem das populações vulneráveis, como a população de rua, prisional, etc.

A defesa incansável e intransigente do SUS como política pública de inclusão e transformação social é o principal objeto da ação do Conselho de Saúde. Esta árdua tarefa encontra na mídia dos principais meios de comunicação um dos grandes obstáculos, na medida em que a imagem "vendida" do SUS é a de um sistema excludente, ineficiente, desumano.

Embora conhecendo as inúmeras dificuldades que ainda existem na implementação efetiva do Sistema Único de Saúde em nosso país, já são concretas as experiências e evidências de seu sucesso enquanto política pública capaz de imprimir mudanças substantivas nos indicadores de saúde, na qualidade de vida e na condição de cidadania da maior parte da população (IPEA, 2011).

Para dar visibilidade ao "SUS que dá certo", o CMS teve a iniciativa de instituir o "Prêmio Destaque em Saúde", já por duas edições consecutivas, que é outorgado a pessoas, instituições e projetos que se destacaram no âmbito do município, na defesa do direito à saúde. Esta iniciativa, que ocorre juntamente com a comemoração do aniversário do CMS, tem promovido a divulgação do SUS que queremos, ao mesmo tempo em que dá visibilidade ao espaço de controle social que representa o Conselho de Saúde. Tem também permitido visualizar de forma concreta as diversas frentes que caracterizam a defesa do direito à saúde, bem como a diversidade de ações que identificam as atribuições do SUS, que vão desde a vigilância em saúde, passando pela atenção propriamente dita até a formação profissional e o desenvolvimento tecnológico.

5 CONCLUSÃO

A experiência aqui relatada pretende ter o mérito de demonstrar o potencial de intervenção que podem ter os Conselhos de Saúde, no controle social da política pública, ao adotarem como estratégia de ação mecanismos de articulação política com os movimentos sociais que tem origem nas comunidades, sindicatos, entidades e organizações não governamentais, potencializando-se a energia propositiva e reivindicatória, ao mesmo tempo em que se lhe garante uma maior visibilidade.

Igualmente importante nesta experiência é o movimento articulado entre os diversos órgãos de controle governamental, promovido e fomentado pelo Conselho de Saúde e que tem servido de aprendizado coletivo, na medida em que tem proporcionado uma maior agilidade na troca de informações, e até mesmo a estruturação de "forças-tarefas" nos processos investigativos destes órgãos.

Nesta mesma direção tem-se proporcionado uma maior apropriação por parte destas instâncias sobre o tema da saúde e do SUS propriamente dito, ampliando a visão, especialmente do poder judiciário, a respeito dos princípios e diretrizes do SUS e do papel dos Conselhos de Saúde como ferramentas fundamentais na garantia do direito universal à saúde.

REFERÊNCIAS

AVRITZER, L. (Org.). **A dinâmica da participação local no Brasil.** v. 3. São Paulo: Cortez, 2010. (Coleção Pensando a Democracia Participativa).

BOLETIM EPIDEMIOLÓGICO. Porto Alegre, ano XII, n. 36, fev. 2008.

BOLETIM EPIDEMIOLÓGICO. Porto Alegre, ano XII, n. 44, out. 2010.

BRASIL. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. 1990a. Disponível em: <www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm>. Acesso em: 24 abr. 2011.

_____. **Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990**. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. 1990b. Disponível em: <www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8142.htm>. Acesso em: 24 abr. 2011.

_____. **Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001**. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. 2001. Disponível em: <www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm>. Acesso em: 3 maio 2011.

_____. **Lei nº 11.108, de 7 de abril de 2005**. Altera a Lei nº 8080, de 19 de setembro de 1990, para garantir às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS. 2005. Disponível em: <www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/.../lei/l11101.htm>. Acesso em: 9 mar. 2011.

_____. **Lei nº 11.664, de 29 de abril de 2008**. Dispõe sobre a efetivação de ações de saúde que assegurem a prevenção, a detecção, o tratamento e o seguimento dos Cânceres do colo uterino e de mama no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS. 2008. Disponível em: <www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/.../lei/l11664.htm>. Acesso em: 3 maio 2011.

_____. **Lei nº 12.101, de 27 de novembro de 2009**. Dispõe sobre a certificação das entidades beneficentes de assistência social; regula os procedimentos de isenção de contribuições para a seguridade social; altera a Lei nº 8.742, de 7 de dezembro de 1993; revoga dispositivos das Leis nº 8.212, de 24 de julho de 1991, nº 9.429, de 26 de dezembro de 1996, nº 9.732, de 11 de dezembro de 1998, nº 10.684, de 30 de maio de 2003, e da Medida Provisória nº 2.187-13, de 24 de agosto de 2001 e dá outras providências. 2009a. Disponível em: <www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/.../lei/l12101.htm>. Acesso em: 20 mar. 2011.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 399/GM, de 22 de fevereiro de 2006**. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as diretrizes operacionais do referido Pacto. 2006. Disponível em: <www.brasilsus.com.br/legislacoes/sas/3056-399.html>. Acesso em: 15 nov. 2010.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 992/GM, de 13 de maio de 2009**. Institui a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra. 2009b. Disponível em: <www.brasilsus.com.br/legislacoes/sas/120356-992.html>. Acesso em: 5 abr. 2011.

CONSTRUÇÃO COLETIVA: BASE PARA SOLUÇÕES ESSENCIAIS NAS COMUNIDADES

Márcia Rosana Forster Wazlawik[1]
Arani Helaine Borges Hax[2]
Flávio Ramon[3]

RESUMO

Iniciou-se em 2009, a partir da articulação do setor saúde e do Comitê de Prevenção à Violência, os encontros de lideranças comunitárias, resultado da preocupação das altas taxas de morbimortalidade por acidentes e violências, inclusive pelo destaque, do município e região, do elevado índice de violência autoprovocada. **OBJETIVO:** promover a discussão, a produção e a socialização de conhecimento das diversas formas de violência, bem como a proposição de estratégias de enfrentamento, construídas através de reuniões de lideranças comunitárias. **METODOLOGIA:** com aprovação do Conselho de Saúde, mobilizaram-se dois grupos. Um grupo na Zona Sul, incluindo sete bairros com 12.600 habitantes e outro grupo de um bairro com 6.150 habitantes por ser um dos mais populosos. Os grupos, formados por representações da comunidade, com professores, agentes de saúde, líderes comunitários, religiosos e integrantes de projetos sociais, reuniam-se mensalmente. Um membro responsabilizava-se pelo local, agenda e ata de reunião. A cada encontro, três questionamentos norteavam as discussões: 1) O que temos? 2) O que precisamos? 3) O que podemos fazer? Dinâmicas estimulavam o relato e a integração. Após, encaminhava-se ao Comitê as resoluções. **RESULTADOS:** logo, desenhou-se um conjunto elevado de demandas e problemas. Constatou-se também que as comunidades apresentavam uma estrutura com vários serviços, projetos e recursos, mas frágil no enfrentamento, uma vez que as ações aconteciam de forma isolada, sem comunicação, acarretando esforços insuficientes dos atores. Em 2010, uma conquista. A construção de um guia comunitário nas duas áreas, com informações e formas de acesso, permitindo conhecer as atividades dos serviços, melhorar a relação entre os setores e encaminhamentos mais adequados. O lançamento do guia de forma festiva na Semana de Prevenção à Violência e com 3.000 exemplares fortaleceu a iniciativa, sinalizando empoderamento, observado na satisfação e autoestima dos grupos e na continuidade da integração em 2011. **CONCLUSÃO:** vale destacar a importância da escuta e da construção coletiva, resultando em soluções essenciais, sendo o guia, a base de um fluxo resolutivo no enfrentamento da violência ou em quaisquer outras ações

[1] Enfermeira e Psicóloga. Coordenadora do Programa Primeira Infância Melhor de Santa Cruz do Sul. Especialista em Gestão Pública Municipal pela UFSM.

[2] Assistente Social. Pós-graduada em Saúde Mental e Atenção Psicossocial pelo Instituto superior de Ensino Pesquisa e Extensão - ISEPE.

[3] Psicólogo. Especialista em Psicologia do Exercício e Esporte pela Feevale-RS, Mestre em Ciências Aplicadas a Atividade Física e Esporte pela Universidad de Córdoba, Espanha, ex-coordenador do Programa de Prevenção da Violência em Santa Cruz do Sul – RS.

de promoção à recuperação da saúde. Confirmando que não bastam apenas recursos públicos, mas a apropriação da comunidade dos seus recursos sociais, humanos e materiais.

Palavras-chave: Participação social. Prevenção da violência. Saúde pública.

1 INTRODUÇÃO

A mortalidade por violências e acidentes na década de 80 passou a revelar um dos problemas mais sérios de saúde pública a ser enfrentado no Brasil e no mundo, não só pelo setor saúde, mas por toda a sociedade.

Neste sentido, o Ministério da Saúde, no documento denominado Política Nacional de Redução de Morbimortalidade por Acidentes e Violências, propõe entre outras determinações, uma prática intersetorial articulada com a sociedade civil.

Santa Cruz do Sul, localizada na encosta nordeste do Rio Grande do Sul, com 117 mil habitantes (IBGE, 2010), tem se engajado na prevenção das várias formas de violência, inclusive, participando de um projeto de pesquisa voltado a elaboração de ações de prevenção ao suicídio, pelo destaque, do município e região, do elevado índice de violência autoprovocada.

Neste contexto, o município em 2007 aderiu ao Programa de Prevenção da Violência (PPV), programa desenvolvido no Rio Grande do Sul com a finalidade de reduzir os índices da violência, envolvendo setores governamentais e não governamentais para contribuir nesta redução da violência, através da construção de uma rede social que identificasse, integrasse, articulasse e promovesse ações de prevenção.

No decorrer de 2009, através da articulação do Comitê Municipal de Prevenção à Violência, deu-se início a atividade de que trata este relato, denominada de "Encontros de lideranças comunitárias" e que desde outubro de 2009 vem ocorrendo de forma sistemática e mensal, com o objetivo de proporcionar a reflexão sobre as situações de violência e, principalmente, debater, planejar e levar a cabo ações de prevenção, envolvendo as principais representações da comunidade, como professores, agentes comunitários de saúde, lideranças comunitárias e religiosas, entre outras.

É importante ressaltar que ao longo destes quase dois anos, fica claro que esta experiência resulta de um esforço comum, evidenciando a reflexão, o estímulo ao pensar autêntico e crítico, o diálogo e a importância da ação intersetorial e participação da comunidade com o entendimento de que não pode haver reflexão e ação fora da relação homem-realidade e somente desse modo, é possível atuar de maneira comprometida na proposição de estratégias que visem o enfrentamento da violência.

Assim, pode-se dizer que este é um processo educativo de construir cidadania, começando na relação do homem consigo mesmo e expandindo-se até o outro, ampliando-se

desta forma para o contexto social em que se está inserido e levando consigo a possibilidade de transformação e continuidade do trabalho, bem como na realização de um bem-estar coletivo. Assim sendo, buscamos refletir com Paulo Freire (1979, p. 67), quando este autor refere "a educação que tratasse de ajudar o homem em sua emersão e o inserisse criticamente no seu processo histórico. Educação que por isso mesmo libertasse pela conscientização."

Desta forma, esta experiência retrata um processo de reflexão e de uma conquista e ao mesmo tempo um fortalecimento das ações já desenvolvidas, aproximando as entidades e os atores e apropriando-se de um mecanismo fundamental que é a participação social.

2 OBJETIVOS

Promover a discussão, a produção e a socialização de conhecimento das diversas formas de violência, bem como a proposição de estratégias de enfrentamento e ações de prevenção, construídas através de reuniões de lideranças comunitárias.

2.1 Objetivos específicos

- Estimular a participação social;
- Conhecer as diversas formas de violência;
- Discutir estratégias de enfrentamento da violência;
- Propor ações de prevenção à violência;
- Fortalecer a Rede de promoção da saúde e de prevenção da violência.

3 APRESENTAÇÃO DA EXPERIÊNCIA

3.1 As características do processo adotado

A experiência a ser relatada refere-se a um trabalho intersetorial envolvendo os atores governamentais das Secretarias Municipais de Saúde, do Desenvolvimento Social, da Educação e da Diretoria de Ações para Assuntos de Segurança que formavam o grupo técnico municipal do Programa de Prevenção à Violência do Município de Santa Cruz do Sul, além do envolvimento dos membros governamentais e não governamentais do Comitê Municipal de Prevenção à violência, e principalmente pela participação efetiva das lideranças comunitárias envolvidas na discussão.

Assim, surgiu em 2009, como fruto das discussões realizadas durante a I Semana Municipal de Prevenção da Violência, uma proposta de realização de um trabalho conjunto, envolvendo as lideranças nas comunidades e após a apresentação ao Conselho Municipal de Saúde, mobilizaram-se dois grupos localizados em espaços geográficos distintos. O primeiro deles englobava os bairros de abrangência do Centro de Referência em Assistência Social (CRAS), da Zona Sul do município, incluindo os bairros Glória, Cristal, Harmonia, Imigrante, Beckenkamp e Faxinal/Menino Deus e com uma população estimada em 12.600 habitantes. Para a realização dos encontros com as lideranças destas áreas, uma sala foi cedida no CRAS e o outro espaço selecionado foi o Bairro Bom Jesus com cerca de 6.150 habitantes e os encontros realizados na Escola Municipal de Ensino Fundamental Bom Jesus deste mesmo bairro.

O primeiro encontro aconteceu em outubro de 2009 nos dois espaços citados anteriormente. Para tanto, foram enviados convites às lideranças comunitárias e a divulgação realizada através dos agentes de saúde. Os dois grupos foram formados por agentes comunitárias de saúde, presidentes das Associações dos Bairros, líderes religiosos, profissionais das Estratégias Saúde da Família (ESFs), profissionais das Escolas de Educação Infantil (EMEIs), profissionais das Escolas de Educação Fundamental (EMEFs), e integrantes dos diversos programas sociais existentes nas duas regiões, além é claro dos membros do Comitê Municipal de Prevenção da Violência. Em cada local elegeu-se um coordenador responsável, sendo no Bairro Bom Jesus, a orientadora pedagógica da escola e na região que englobava os demais bairros, a psicóloga do CRAS.

Inicialmente, neste primeiro encontro, realizou-se uma dinâmica de apresentação dos integrantes e suas respectivas instituições, além dos objetivos do Encontro. Fixou-se um cronograma de reuniões, sendo a segunda quarta de cada mês para os encontros do CRAS e a segunda quinta do mês para os encontros na Escola Bom Jesus. Os coordenadores das duas áreas se responsabilizavam pela agenda mensal, comunicando os participantes do próximo encontro, bem como a lista de presenças e atas das reuniões.

No segundo encontro, em novembro de 2009, desenvolveu-se uma dinâmica para instigar a importância do trabalho em rede, e verificar como os serviços se relacionavam entre si, suas formas de operacionalização e sua organização para viabilizar o desenvolvimento de ações.

No terceiro encontro em diante, deu-se início a um trabalho voltado ao diagnóstico das ações existentes nas comunidades. Na dinâmica utilizada foram confeccionados cartazes com respostas às seguintes colocações:

- O que temos?
- O que precisamos?
- O que posso fazer para contribuir com o que precisamos?

Assim, a partir de 2010, iniciou-se a discussão em relação às respostas formuladas na atividade anterior e, nos encontros seguintes, o desencadeamento de atividades relacionadas às necessidades encontradas, incluindo, entre várias ações, a organização e a confecção de um guia comunitário contendo informações sobre ações e projetos sociais desenvolvidos nas comunidades, permitindo conhecer a comunidade e os equipamentos sociais disponíveis para que os atores pudessem estabelecer os encaminhamentos mais adequados para cada caso.

Deste período até agosto de 2010, as atividades foram pautadas pela elaboração e confecção do guia, e conjuntamente a esta atividade nos encontros, foram sendo trabalhados os temas de interesse das comunidades, como violência contra a mulher, álcool e outras drogas, violência infantil, autoestima, bem como esclarecimentos sobre o funcionamento dos serviços da rede SUS, entre eles, o Centro de Atendimento Psicossocial para Álcool e drogas (CAPS AD), Centro de Atendimento Psicossocial da Infância e Adolescência (CAPS IA), informações sobre as atividades desenvolvidas pelos Programas de Saúde na Atenção Básica, entre eles, o Programa Primeira Infância Melhor (PIM) e também o conhecimento de outras instituições como a Comunidade Terapêutica Recomeçar, Alcoólicos Anônimos, entre outros.

Em 2010, mais uma conquista, o lançamento do guia comunitário de forma festiva na II Semana de Prevenção à Violência e com 3.000 exemplares fortaleceu a iniciativa, sinalizando a

conquista e o empoderamento observado na satisfação e autoestima dos grupos e na continuidade da integração em 2011.

O lançamento do guia, além de ter sido regado a um café da manhã com iguarias da culinária alemã, típicas da região, oportunizou as apresentações artísticas desenvolvidas por crianças e adolescentes da própria comunidade, havendo o comparecimento em grande número das lideranças responsáveis por sua elaboração.

A partir deste momento seguiu-se um fortalecimento das ações desenvolvidas, aproximando as entidades que durante o ano de 2011 prosseguem na continuidade das ações iniciadas anteriormente.

3.2 Potencial inovador da experiência no campo da gestão participativa no SUS

O espaço para o debate trouxe, além dos esclarecimentos sobre as diversas formas de violência, informações sobre os locais, instituições/órgãos aos quais os cidadãos possam recorrer quando seus direitos são violados, orientações sobre o funcionamento da rede, encaminhamentos mais adequados e também a troca de experiências, que acrescenta e aumenta a possibilidade de participação das decisões sobre as políticas públicas, no sentido de garantir o acesso aos direitos conquistados, configurando-se, dessa maneira, num espaço voltado ao debate, à participação e ao controle social.

A partir dos encontros, o grupo começou a emergir com uma força maior, capaz de encarar com determinação e assumir com coragem, o compromisso para desenvolver uma ação transformadora pautada nos direitos humanos, na responsabilidade pessoal e no compromisso social.

Além disso, começou um processo de amadurecimento, onde a comunidade passou a solicitar a presença de gestores nas reuniões para efetuar questionamentos sobre aspectos considerados importantes para a comunidade, e ao mesmo tempo reivindicar algumas necessidades, entre elas, solicitar o aumento do número de atendimentos na Unidade de Saúde do bairro, e que contou com a participação do secretário municipal da saúde. Outro exemplo importante a ser relatado é o comparecimento em uma das reuniões de lideranças, do Secretário do Programa de Aceleração do Crescimento de Santa Cruz (PAC Santa Cruz), secretaria esta, criada em 2010 com o objetivo de desenvolver e executar ações deste programa no município. Neste caso, a comunidade desejava saber se estava sendo contemplada uma área de lazer, antes do início das obras do PAC na região.

Desta forma, este tipo de atividade vem possibilitando desenvolver um trabalho que seja capaz de garantir os direitos de cidadania através das políticas públicas e implementar a política de atendimento que garante a proteção integral, na perspectiva de recursos sociais, materiais e humanos existentes.

3.3 Caráter multiplicador da experiência e dificuldades encontradas

Desde o início da experiência, era clara a consciência de que o "Guia Comunitário" por si só não seria suficiente para garantir a socialização das informações sobre os projetos sociais desenvolvidos e por consequência, para o acesso aos mesmos. Entretanto, da mesma forma, era cristalina a convicção de que o processo de envolvimento das pessoas e instituições na tarefa de se encontrarem e se dedicarem a refletir, debater e encaminhar ações de enfrentamento, poderia contribuir para o processo de construção coletiva de ações de prevenção da violência. Igualmente clara é a noção de que tal processo tem caráter permanente e contínuo e que exigirá sempre, e de todos os implicados, a necessidade de perseverar com determinação na trajetória pela busca de uma sociedade menos violenta.

A dinâmica dos encontros de lideranças comunitárias, bem como a construção do guia comunitário, tem um caráter multiplicador, pois pode ser reproduzida em outras comunidades, além do que, o guia proporciona visibilidade a todos os serviços existentes nas localidades citadas, servindo, inclusive de exemplo de participação social e de como é possível criar algo de forma local, no bairro e ser levado para outros espaços, inclusive para o centro da cidade e não ao contrário, como na maioria das vezes acontece. Para corroborar esta afirmação, exemplificamos através da III Semana de Prevenção à Violência, um evento de abrangência municipal, onde o Guia Comunitário foi citado como modelo de instrumento de visibilidade do que existe na comunidade, ao mesmo tempo em que também permite visualizar o que falta na comunidade e com isto mobilizar a comunidade para buscar o que lhe é necessário.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

As situações de violência constituem-se hoje um dos principais problemas de saúde pública. Conforme Minayo (2005), afeta não só o indivíduo, mas também o coletivo e por isso necessita de políticas próprias para prevenir e tratar de forma adequada. É também consequência de diversos fatores, que podem ser individuais, sociais, econômicos, dentre outros. Assim, a sua abordagem deve ser interdisciplinar através da articulação de diversos setores, entre eles a segurança, educação, saúde e desenvolvimento social.

Após quase dois anos de realização desta experiência, envolvendo os setores governamentais e não governamentais, confirma-se a importância e a necessidade de elaborar ações voltadas à promoção e proteção da saúde, incluindo mais especificamente, neste projeto, as ações voltadas à prevenção da violência, de forma intersetorial e a partir do conhecimento das demandas e da escuta das comunidades envolvidas.

O Ministério da Saúde, através da Política de Humanização (2007), refere que a participação social não deve estar restrita as instâncias formalizadas, e sim deve ser incentivada e valorizada em todos os momentos, uma vez que ela envolve o pensar e o fazer coletivo, e possibilita uma interação, uma troca de conhecimentos, afetos e poderes entre os técnicos, gestores e usuários e através disto o fortalecimento da criatividade na busca de soluções.

Desde o início dos encontros, tem se verificado uma busca por um trabalho integrado e articulado que congregue as instituições e setores das comunidades envolvidas, estimulando a participação social e um fortalecimento da rede de prevenção.

No decorrer dos encontros, visando conhecer e sensibilizar sobre as diferentes formas de violência e as respectivas ações de prevenção necessárias, os membros participantes das discussões, relatavam os temas de interesse das comunidades e a partir das colocações das lideranças, o que se observava é que a maioria dos integrantes solicitava ações voltadas para crianças e adolescentes, ações voltadas à promoção de qualidade de vida, melhora da autoestima, ações que envolvessem o comprometimento dos pais, além da diminuição do consumo de drogas e principalmente a diminuição da violência hetero e auto referida.

Conforme a Política Nacional de redução da morbimortalidade por acidentes e violências (2001, p.3), “as violências resultam de ações ou omissões humanas e de condicionantes técnicos e sociais”, e a violência contra a criança e o adolescente é potencializadora da violência

social, estando presente na gênese de sérios problemas, como "geração" de população de rua, prostituição infantil e envolvimento em atos infracionais.

E, neste sentido, as crianças e adolescentes estão particularmente vulneráveis. E por isso,

> as ações de prevenção devem evitar que a violência intrafamiliar se perpetue de geração em geração, buscando romper sua continuidade naqueles casais ou famílias que tenham iniciado o seu ciclo. Também promover alternativas de organização social e familiar que incorporem a igualdade de seus membros, fortalecendo a autonomia e auto-estima. (BRASIL, 2001, p. 87).

A situação se torna mais alarmante, na medida em que muitos dos acidentes domiciliares não sendo contabilizados como violência, entram nas estatísticas como acidentes e em muitos casos relacionam-se, conforme as colocações de Minayo (2009), quase sempre ao descaso, às negligências e às privações de cuidados por parte de quem deveria proteger, ou seja, os adultos.

Durante os encontros, para suprir esta demanda indicada, temas envolvendo violência contra crianças e adolescentes, entre elas a negligência, abuso, maus tratos, além do tema da drogadição e também da violência doméstica, foram sendo trabalhados por profissionais convidados e que na grande maioria fazem parte da rede do município. Outros profissionais, inclusive de fora do município, contribuíram com suas experiências em alguns encontros.

Outra conquista evidenciada dos encontros de lideranças comunitárias foi a escolha de oficinas e cursos voltados às crianças e adolescentes. Citamos a oficina de dança no bairro Bom Jesus e que visa, além das crianças de 4 a 12 anos e adolescentes de 13 a 17 anos, atingir também os adultos e pais destas crianças numa integração da escola com a comunidade.

É importante ressaltar também que no transcorrer dos encontros, foi desenhando-se um conjunto elevado de demandas e problemas. Constatou-se que as comunidades apresentavam uma estrutura com vários serviços, projetos e recursos, mas frágil no enfrentamento, uma vez que as ações aconteciam de forma isolada, sem comunicação, acarretando esforços insuficientes dos atores.

Além disso, nas reuniões, evidenciava-se também o desconhecimento por parte dos integrantes dos grupos, das atividades executadas pelos diversos serviços e projetos existentes nos bairros e a necessidade de debater formas de socializar esses conhecimentos e de integrar as ações realizadas pelas entidades.

O problema da violência deve ser abordado como os problemas de saúde, baseados nos princípios preconizados pelo SUS, incluindo a formação de uma rede de atenção, indicando como a questão da rede pode ajudar no desenvolvimento social de comunidades,

na proteção da população e na parceria de instituições que tradicionalmente atuam de forma isolada. (PHEBO; COLS, 2009).

Dahlberg e Krug (2006), avaliam que a violência tem impacto direto no bem-estar das famílias e que a saúde pública é uma das áreas que tem a preocupação pelo bem estar das comunidades, referindo ainda que para o seu enfrentamento, além de destinar recursos, os responsáveis devem estabelecer parcerias com outros setores para a execução de ações bem sucedidas.

Dentro desta perspectiva, e como um das maiores conquistas desta experiência, a realização da confecção de um guia comunitário, contendo informações relacionadas às atividades desenvolvidas pelos serviços, construído através de uma rede formada de recursos sociais governamentais e não governamentais e que tem o intuito de formar um meio de acesso aos diversos serviços e projetos e resultar na possibilidade de um fluxo resolutivo de atendimento às demandas e dificuldades em relação ao enfrentamento da violência, principalmente na questão de negligência, maus tratos e uso abusivo de drogas que atingem diretamente crianças e adolescentes, e que se configurou como uma estratégia de aglutinação e busca de integração entre as lideranças comunitárias, na medida em que propiciou o encontro sistemático, planejado e organizado para possibilitar o debate e a discussão de alternativas de enfrentamento das questões de violência. Dessa forma, citamos Türck (2002, p. 49), quando refere "a responsabilização comunitária na execução das políticas de atendimento às demandas sociais".

Ressalta-se que esta participação, ao mesmo tempo em que responsabiliza, provoca um fortalecimento das lideranças, aproximando as entidades e as pessoas, e sinalizando um empoderamento, observado na satisfação e autoestima dos grupos e na capacidade de construção conjunta de algo que ultrapassa o individual para o coletivo. Sobre o empoderamento, podemos refletir com Faleiros (2011), quando refere que o "empowerment" do sujeito, individual e coletivamente, se constitui como uma prática de coletivização quando o usuário supera a construção individualista de seus problemas utilizando o seu poder de pressão e o poder legalmente sancionado.

Finalizando, concluíamos com Minayo (1997, p. 528), onde diz que o trabalho interdisciplinar pode acontecer na prática, quando os profissionais somam esforços intersetoriais e interinstitucionais apoiados na sociedade civil e que "o contrário da violência não é a não-violência, é a cidadania e a valorização da vida humana em geral e de cada indivíduo no contexto de seu grupo."

5 CONCLUSÕES

Como diagnóstico inicial deste projeto, verificou-se que as atividades e ações realizadas pelas diferentes entidades, programas e projetos eram realizadas de forma fragmentada e com pouca integração, necessitando melhorar a comunicação e a acessibilidade a estes serviços, confirmando a fragilidade no enfrentamento da violência, além de ações isoladas e insuficientes de vários setores, como a escola, o posto de saúde ou mesmo dos projetos sociais existentes no Bairro.

A iniciativa além de desenvolver uma ação articulada entre as diversas lideranças no enfrentamento à violência, vem também estimular os participantes a realizarem um momento de reflexão sobre os conceitos das diversas formas de violências, funções dos pais, relação pais-filhos, cidadania entre outros.

Desta forma, como resultado inovador desta experiência, produziu-se um material de fácil manuseio denominado de guia comunitário dos serviços e projetos, e que englobava tudo o que o bairro oferecia com capacidade de orientar, integrar e principalmente facilitar o acesso à rede existente, além de melhorar a relação entre os setores e encaminhamentos mais adequados.

Assim, vale destacar a importância da escuta e da construção coletiva, resultando em soluções essenciais, sendo o guia, a base de um fluxo resolutivo no enfrentamento da violência ou em quaisquer outras ações de promoção à recuperação da saúde. Confirmando que não bastam apenas recursos públicos, mas a apropriação da comunidade dos seus recursos sociais, humanos e materiais existentes.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Humanização. HumanizaSUS**: gestão participativa: co-gestão. 2. ed. Brasília, 2007. (Série B. Textos Básicos de Saúde). Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/gestao_participativa_co_gestao.pdf>.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **Violência intrafamiliar: orientações para prática em serviço**. Brasília, 2001. (Série Cadernos de Atenção Básica). Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd05_19.pdf>.

_____. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Redução de Morbimortalidade por acidentes e violências**. Portaria GM/MS n° 737 de 16 de maio de 2001, Diário Oficial da União, Brasília, DF, n. 96, 18 maio 2001. Seção 1e.

DAHLBERG, L. L.; KRUG, E. G. **Violência: um problema global de saúde pública**. Ciência e Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 11, p. 1163-1178, 2006.

FALEIROS, V. P. **Estratégias em Serviço Social**. 3. ed. São Paulo: Cortez Editora, 2001.

FREIRE, P. **Educação e Mudança. 23**. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1979.

IBGE. **Censo demográfico 2010**. Disponível em: <www.ibge.gov.br/home/estatistica/população/censo2010/resultados_dou/RS2010.pdf>.

MINAYO, M. C. S. Conceitos, teoria e tipologias de violência: a violência faz mal a saúde. In: NJAINE, K.;ASSIS, S. G.; CONSTANTINO, P. (Org.). **Impactos da violência na saúde**. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz/Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, 2009. p. 21-42.

_____. Violência: um problema para a saúde dos brasileiros. In: SOUZA, E. R.; MINAYO, M. C. S. (Org.) **Impactos na saúde dos brasileiros**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005. p. 9-33. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/impacto_violencia.pdf>.

MINAYO, M. C. S.; SOUZA, E. R.. Violência e saúde como um campo interdisciplinar e de ação coletiva. **História, ciências, Saúde - Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 3, nov. 1997. Disponível em: <www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-59701997000300006&lng=pt&nrm =iso>.

PHEBO, L.; NJAINE, K.; ASSIS, S. G. Redes de prevenção à violência e de proteção no âmbito de gestão em saúde. In: NJAINE, K.; ASSIS, S. G.; CONSTANTINO, P. **Impactos da violência na saúde**. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz/Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, 2009. p. 371-375.

TÜRCK, M. G. M. G. **Rede interna e rede social**: o desafio permanente na teia das relações sociais. 2. edição. Porto Alegre: Tomo Editorial, 2002.

ESPAÇOS DE DIÁLOGOS COMO ESTRATÉGIA PARA FORMAÇÃO DE UM CONSELHO LOCAL DE SAÚDE: REFLEXÕES A PARTIR DE EXPERIÊNCIAS DE EDUCAÇÃO POPULAR E SAÚDE EM JOÃO PESSOA/PB

Amanda Amaiy Pessoa Salerno[1]
Aline da Silva Alves[1]
Rafaela Caroline da Silva Gomes[1]
Pedro José Santos Carneiro Cruz[2]

RESUMO

A participação social em saúde pode ser entendida como um processo contínuo de democratização e valorização da gestão participativa em saúde tanto no âmbito local com em nível municipal, estadual e nacional. O presente trabalho sistematiza a experiência da construção de Espaços de Diálogo (ED) para a gestão participativa em saúde numa Unidade de Saúde da Família (USF), conforme é protagonizada pelas comunidades Boa Esperança, Jardim Itabaiana e Pedra Branca, localizadas no bairro do Cristo Redentor, em João Pessoa-PB, em parceria com trabalhadores da USF local e o grupo operativo Mobilização Popular (MP) do projeto de extensão "Práticas Integrais da Nutrição na Atenção Básica em Saúde – PINAB". Pretendendo dinamizar o protagonismo dos atores locais na construção de processos avaliativos desta experiência, capazes de vislumbrar os principais avanços obtidos, assim como as suas lacunas e desafios.

Palavras-chave: Participação Social. Programa Saúde da Família. Gestão em Saúde. Avaliação em Saúde.

[1] Estudantes do Curso de Graduação em Nutrição da Universidade Federal da Paraíba (UFPB) e Extensionistas do projeto "Práticas Integrais da Nutrição na Atenção Básica em Saúde – PINAB". Endereço de Amanda Amaiy Pessoa Salerno: Rua Radialista Antônio Assunção de Jesus/ Apt.304. Edifício Ariquemes. Nº 137. Bairro Bancários, João Pessoa-PB. TEL: 083 8801-7880. E-mail: amandaamaiy@yahoo.com.br.

[2] Professor do Departamento de Promoção da Saúde (DPS) da Universidade Federal da Paraíba (UFPB) e membro da coordenação do Projeto de Extensão "Práticas Integrais da Nutrição na Atenção Básica em Saúde – PINAB".

1 INTRODUÇÃO

O controle social em saúde pode ser entendido como um processo contínuo de democratização e valorização da Gestão Participativa em saúde tanto no âmbito local como em nível municipal, estadual e nacional. Para além de sua garantia legal, o controle social pode estimular a participação crítica e ativa do cidadão no acompanhamento da implementação das políticas públicas, ao mesmo tempo em que faz da gestão pública um processo de efetiva construção participativa, traduzida pela escuta qualificada das reais necessidades, anseios e interesses da população, especialmente daqueles setores social e economicamente mais excluídos. Conforme destacam Pedrosa (2007) e Vasconcelos (2007), a instituição deste conceito no setor saúde implica, necessariamente, o estabelecimento de uma nova sociabilidade política no cuidado e na participação dos sujeitos que constroem a saúde, fazendo deste, espaço de cidadania, onde o sujeito/cidadão deve ser o centro do processo de avaliação das ações dos serviços. Estimular a cultura da Gestão Participativa na perspectiva do Controle Social em Saúde implica construir esforços no sentido de superar:

> (…) um sentimento que reclama o todo, principalmente em relação à organização do setor saúde, especialmente na forma como as pessoas são atendidas. É comum se ouvir da população, ao se referir ao atual sistema de saúde, como "algo pobre para pobre e que não funciona". Em contrapartida, percebe-se que esta mesma população ainda não se despertou para a luta (pelo menos o suficiente) por melhores serviços de saúde. (SORATTO; WITT; FARIA, 2010, p. 1229).

Vislumbrando o fortalecimento destas novas sociabilidades e deste novo agir político, o sistema de saúde brasileiro vem sofrendo transformações em suas políticas, refletindo as mudanças de caráter político, cultural e econômico ocorridas na sociedade como um todo. Neste percurso, dentre outras características marcantes, chama atenção no Sistema Único de Saúde (SUS) a institucionalização da participação da comunidade como princípio orientador da gestão de saúde, fato impulsionado mediante inúmeros desafios, sobretudo em virtude da evolução nas discussões sobre os conceitos de saúde, na direção de uma percepção mais humanística, crítica e democrática (FLEURY; LOBATO, 2009).

Como destaca Vasconcelos (2009), mesmo antes da criação do SUS, a busca por formas de garantir a participação social na gestão das políticas de saúde e na organização dos serviços vinham sendo pensadas, o que gerou diversas iniciativas promissoras, a maioria em nível local e comunitário, onde se observava o potencial da participação popular como dispositivo reorientador

das ações de saúde, remando, sobretudo na direção de práticas com perfil metodológico e princípios éticos respeitadores dos saberes e dos anseios populares. Dessa forma, com a instituição do SUS, foi se fortalecendo a necessidade da organização de representações populares para gestão dos serviços de saúde, o que passou a acontecer com a criação dos conselhos de saúde, que vem progredindo desde sua garantia na Constituição Federal de 1988.

Desde então, os conselhos vêm colaborando para a monitorizarão do sistema de saúde e a potencialização da participação popular nos serviços. Com eles, consolida-se a ideia de controle social no SUS, o qual teria a capacidade de determinar os aspectos de maior relevância para a comunidade e influenciar nos serviços públicos de saúde, impulsionando, portanto, a construção de políticas públicas envolvidas na promoção da saúde como um direito universal, equânime, integral e participativa (ASSIS et al., 1995).

> Aos poucos, o termo "participação comunitária" foi se consolidando como "um processo social em que grupos específicos com necessidades compartilhadas, vivendo numa determinada área geográfica, perseguem ativamente a identificação de suas necessidades, tomam decisões e estabelecem mecanismos para atender a essas necessidades (CAMPOS et al. apud CARVALHO; PETRIS; TURIN, 2001, p. 96-97).

Impulsionado pelo crescente envolvimento dos movimentos sociais e populares com a promoção da saúde em diversas localidades pelo país nas décadas de 1970 e 1980, o movimento da Reforma Sanitária foi um marco importante para a democratização da gestão das políticas de saúde, pois foi a partir de então que começou a se efetivar o processo de mudanças estruturais no setor saúde (CAMPOS et al., 2003, p. 8). Neste processo, constrói-se (mesmo que informalmente) a percepção de que os usuários não somente podem, como devem, participar da construção dos serviços de saúde, trazendo críticas, propostas; articulando novas possibilidades de ações que qualificassem os serviços locais.

> A proposta do Movimento Sanitário baseava-se em princípios racionalizadores do atendimento à saúde, mas também objetivava a democratização das ações de saúde. Desde 1970 já havia abertura legal para a formação de Conselhos de Saúde, onde a população, organizada ou não em movimentos, poderia participar. Foi o primeiro momento que este direito foi concebido (WESTPHAL, 1994, p. 134).

Nesta caminhada, a Educação Popular em Saúde tem se configurado como uma das estratégias utilizadas em diversos movimentos sociais, práticas populares e serviços de saúde para impulsionar o controle social no SUS, através de práticas educativas no cotidiano da assistência, apontando um olhar, uma escuta, um "fazer com" que se contrapõe à cultura autoritária dos serviços e exercitando uma ética de convívio transformadora. Através do aprendizado mútuo e do estímulo ao pensamento criativo, a perspectiva da Educação Popular mobiliza a reflexão e,

espera-se, a ação dos sujeitos para tornar possíveis outras realidades, mais propícias à garantia da saúde como direito, no plano da vida e do acesso a serviços (FIRMINO et al., 2010).

Com base neste breve histórico e orientado pelo referencial da Educação Popular, desenvolve-se desde 2009 na cidade de João Pessoa-PB o apoio sistemático do Projeto de Extensão "Práticas Integrais da Nutrição na Atenção Básica em Saúde-PINAB", vinculado ao Departamento de Nutrição, em parceria com o Departamento de Promoção da Saúde, da Universidade Federal da Paraíba (UFPB), a uma experiência de construção da participação popular na Unidade de Saúde da Família (USF) Vila Saúde das comunidades de Boa Esperança, Jardim Itabaiana e Pedra Branca no bairro do Cristo Redentor.

No presente trabalho, sistematizaremos aquelas atividades desenvolvidas a partir desta experiência no período entre agosto e dezembro de 2010, onde o PINAB atuou através do Grupo Operativo "Mobilização Popular" (MP), buscando potencializar a sistematização da experiência dos "Espaços de Diálogo", o qual vem constituindo uma atividade educativa permanente de criação de dispositivos locais para a participação popular em saúde. Pretendia-se dinamizar o protagonismo dos atores locais na construção de processos avaliativos desta experiência, capazes de vislumbrar os principais avanços obtidos, assim como as suas lacunas e desafios.

Para tanto, o Grupo atuou em três frentes de trabalho com a comunidade e a USF: a primeira, consistiu no envolvimento da comunidade na construção de um vídeo-documentário sobre os Espaços de Diálogo; a segunda foi o desenvolvimento de uma atividade educativa realizada na Escola Municipal de Ensino Fundamental Augusto dos Anjos, que está inserida no território, tendo tal atividade como objetivos perceber a visão dos jovens estudantes sobre a Saúde na realidade em que eles vivem e possibilitar o encontro entre os estudantes com as lideranças da comunidade que também fazem parte da construção do "Espaço de Diálogo";,e a terceira frente de ação foi a mobilização da comissão organizadora dos Espaços no delineamento de um roteiro informativo sobre os produtos das reuniões dos Espaços de Diálogos ao longo de seu primeiro ano (abril de 2009 a abril de 2010).

Desta forma, inicialmente deveremos situar os caminhos metodológicos adotados na construção deste artigo, em seguida iremos contextualizar o PINAB e a proposta dos "Espaços de Diálogo", ao tempo em que apresentaremos alguns dos caminhos percorridos e reflexões desenvolvidas no processo de fortalecimento dos atores sociais da comunidade e do serviço na consolidação do controle social no cotidiano do serviço.

2 OBJETIVOS DA EXPERIÊNCIA

Diante do exposto, o objetivo da experiência em destaque – os Espaços de Diálogo – é qualificar os caminhos para participação popular na Unidade de Saúde da Família (USF) Vila Saúde, potencializando a interação entre comunidade-serviço, estando esta necessariamente direcionada a promoção da autonomia da comunidade, estimulando a mesma na conscientização do seu papel político e social para o exercício da cidadania ativa na saúde.

Para tanto, os objetivos específicos desta experiência buscaram, no período em destaque, aprimorar esta iniciativa por meio do incremento da mobilização popular local em torno dos "Espaços" e da capacidade das reflexões críticas sobre o mesmo incidirem em mudanças para seu constante melhoramento. Assim, destacam-se tais objetivos: a) possibilitar a expressão de ideias, sugestões e reflexões de comunidade e trabalhadores de saúde acerca da experiência dos "Espaços de Diálogo"; b) incrementar a intersetorialidade nos esforços para participação em saúde local, por meio de parcerias e atividades no âmbito escolar; e c) viabilizar uma sistematização dos principais conhecimentos, propostas e encaminhamentos constituídos na experiência dos "Espaços", a partir de pesquisa documental nos registros e informações arquivados no transcorrer de sua realização.

3 APRESENTAÇÃO DA EXPERIÊNCIA

3.1 Contextualizando o Projeto de Extensão PINAB e a construção do Controle Social em Saúde local

A experiência em questão foi vivenciada pelo grupo operativo MP do PINAB, cuja atuação está focada nas comunidades Boa Esperança, Jardim Itabaiana e Pedra Branca, em parceria com a Unidade de Saúde da Família (USF) Vila Saúde, com a Escola Municipal de Ensino Fundamental Augusto dos Anjos e com a própria comunidade, buscando desenvolver práticas educativas em saúde e nutrição, na perspectiva do trabalho em saúde como um ato de compromisso social.

Por ser uma prática norteada pelo referencial teórico-metodológico da Educação Popular, o PINAB busca o diálogo transformador entre o conhecimento acadêmico e o conhecimento popular no desenvolvimento de seus trabalhos. Dessa forma, espera-se que o compartilhar de saberes implique em aprendizagens significativas para os sujeitos envolvidos, no tocante a análise crítica de sua realidade e superação dos problemas vivenciados. Nesse sentido, como destacam Cruz, Pereira e Vasconcelos (2011), o Projeto tem desenvolvido estratégias pedagógicas potencializadoras que vêm influenciando não apenas nas práticas de atenção e promoção da saúde e na participação popular em saúde, mas também na formação profissional crítica através de práticas integrais de ação e reflexão da Nutrição no campo da saúde pública, sensibilizando seus participantes para a importância da responsabilidade e compromisso social da universidade. Sua equipe divide-se em quatro grupos operativos: 1- gestantes (grupo desenvolvido na USF, com as suas usuárias, os agentes comunitários de saúde (ACS), outros profissionais de saúde e integrantes do PINAB), 2- Mobilização Popular – MP (grupo que trabalha diretamente com a comunidade participando das reuniões do "Espaço de Diálogos" no qual tem acompanhado a construção do Conselho Local de Saúde, desenvolvendo ações educativas que fortaleçam o diálogo e a participação popular), 3- famílias beneficiadas pelo Programa Bolsa Família – PBF (grupo que envolve as mulheres dessas famílias e é apoiado principalmente pelos ACSs por meio de atividades como: oficinas, rodas de diálogos, dinâmicas que pautam temas como a Segurança Alimentar e Nutricional (SAN) e estimulam o reconhecimento pessoal e o entrosamento do grupo), 4- Grupo Escola (realiza suas atividades em uma Escola da área, vizinha à USF, com os estudantes e professores do turno da manhã, além dos estudantes do turno da tarde. buscando

sobretudo a discussão da SAN e da Promoção da Alimentação Adequada e Saudável, como um direito humano e de cidadania.

O PINAB vem acompanhando o processo de construção do Conselho Local de Saúde (CLS) nesse território desde dezembro de 2007, através do grupo operativo MP. Através deste, o PINAB registra as discussões, reflexões e atitudes da comunidade, profissionais e gestores da saúde nos espaços de diálogo, bem como os resultados e conquistas apresentados. Assim, procura reconhecer os movimentos sociais locais e possíveis lideranças das comunidades em questão, compreendendo a sua história de lutas sociais e apoiando os espaços de formação e informação sobre controle social e gestão participativa.

O movimento para a formação desse Conselho partiu da necessidade dos usuários em melhorar a situação da saúde em sua comunidade e da necessidade e motivação de alguns moradores em participar mais ativamente da gestão do serviço local de saúde.

No início deste movimento, passou-se a realizar discussões, como também foi constituída uma Comissão Organizadora do CLS, a fim de aprimorar os conhecimentos dos sujeitos envolvidos. Estas ações eram realizadas na comunidade e da USF no sentido de contribuir para uma participação mais consciente daqueles sujeitos no espaço do CLS, favorecendo o diálogo e o compartilhar de saberes entre trabalhadores, gestores e usuários frente ao Conselho. Assim, foram discutidos, por meio de rodas de conversa, conceitos de saúde, controle social e participação popular, socializando objetivos e importância do CLS, a fim de que a sua construção fosse de fato coletiva.

Após dois anos de reuniões e promoção de oficinas sobre o tema do controle social, os membros da comunidade envolvidos no processo não obtiveram resposta afirmativa da gestão municipal no sentido de instituir o Conselho, o que acabou gerando uma desmotivação por parte da comunidade, justamente pelos vários anos envolvidos no processo de instituição do Conselho. Ademais, aqueles atores do serviço que se encontravam efetivamente mobilizados para essa construção, também passaram a manifestar seu desconforto quanto a falta de agilidade no reconhecimento do movimento local e da implantação do Conselho.

Diante destes fatos, a partir de 2009, num processo de reflexão do qual o PINAB participou ativamente, os atores sociais locais decidiram criar um Conselho não de "direito", mas "de fato", denominado "Espaço de Diálogos" no qual consiste em reuniões mensais com representantes da comunidade e do serviço para abordar críticas, sugestões e potencialidades da saúde na comunidade. Além da troca de informações sobre as necessidades da comunidade em relação à saúde, essa reuniões propiciaram discussões

sobre propostas para favorecer a satisfação da comunidade em relação aos serviços oferecido pelos profissionais da USF.

Desde seu início, os Espaços de Diálogos são promovidos através de rodas de conversa nas quais participam sujeitos da comunidade, suas lideranças sociais, trabalhadores da USF, e extensionistas do PINAB. Os encontros são realizados mensalmente em cada comunidade, ocorrendo em igrejas, associações, centros comunitários e escolas. Por sua vez, a reunião da comissão organizadora do CLS realiza-se na USF. Esta Comissão é composta por líderes comunitários e trabalhadores da USF, onde são encaminhadas as decisões pactuadas nos Espaços de Diálogo. Portanto, cada momento é destinado à abordagem de temas que surgem a partir da demanda da comunidade, que são discutidos em reuniões temáticas, de caráter pedagógico, e outras com questões políticas, a qual a discussão é acerca das necessidades e desafios enfrentados pelas comunidades, criando-se assim oportunidades de reflexão em relação a soluções para uma melhor qualidade de vida, e considerando o contexto socioeconômico e cultural em questão. São abordados temas como a criação, organização e formas de funcionamento do Sistema Único de Saúde (SUS), função e princípios do Conselho Local de Saúde, propostas do Programa Saúde da Família (PSF), discussão sobre "o que é saúde?", as propostas de humanização e acolhimento na USF, a influencia da questão da violência na saúde comunitária, condições locais de saneamento, o contexto da educação nas comunidades, entre outros.

Além de tudo, os Espaços permitem uma aproximação entre a comunidade e os profissionais de saúde da na qual se observa as diferentes perspectivas, de um lado a visão daqueles trabalhadores responsáveis pelo cuidado em saúde e do outro lado aqueles que necessitam do bom atendimento desses trabalhadores para gozarem de um direito universal, a saúde.

3.2 Princípios organizativos e detalhamento metodológico da experiência

A construção deste trabalho está orientada pelo método da sistematização de experiências (HOLLIDAY, 1996), apoiado na observação participante (MINAYO, 2004), viabilizada graças a registros por meio dos relatórios e diário de campo, que contêm informações das ações e interações realizadas com a comunidade.

A observação participante constituiu, portanto, uma estratégia permanente de sistematização crítica dos conhecimentos partilhados e produzidos coletivamente a partir do "Espaço de Diálogo", conforme eram acompanhados e percebidos pelos sujeitos do projeto de extensão. Para isso, as reuniões eram registradas em "Atas Pedagógicas", contendo o registro sistemático dos elementos significativos das ações e interações ocorridas nas reuniões.

3.3 Sistematização dos registros e informações dos "Espaços de Diálogo"

Uma fonte de informações relevante consistiu nos registros das rodas de conversas, documentados por meio das atas redigidas pelos líderes comunitários e/ou profissionais da USF Vila Saúde ao final de suas reuniões.

Foi de interesse para a análise desta ata (e a sistematização da experiência, portanto) os acontecimentos-chave, percebidos durante as reuniões e acrescida da análise crítica do grupo. Cumpre ainda ressaltar que o acesso a estas atas foi previamente consultado e autorizado por seus autores e entidades envolvidas.

3.4 Estrutura organizacional do documentário

Como uma das formas de sistematizar opiniões tão variadas sobre a Atenção Básica de Saúde oferecida aos moradores das comunidades e o processo de construção dos "Espaços de Diálogo", foi realizado pelo grupo MP – em parceria com a comunidade, o serviço e o Projeto de Extensão "Vidas Paralelas Paraíba – PVP-PB", um pequeno documentário sobre os Espaços de Diálogo. Com este produto, esperava-se tanto dinamizar um processo de avaliação desta experiência, bem como utilizá-lo como recurso pedagógico. Ademais, o documentário serviria para publicizar esta iniciativa, tanto na própria comunidade, como e em outros espaços, principalmente a escola.

O PVP-PB constitui ação estadual de promoção do controle social e da educação popular em saúde do trabalhador. Está vinculado a estratégia educativa nacional da Rede Escola Continental de Saúde do Trabalhador, do Ministério da Saúde e do Ministério da Cultura, no qual trabalhadores dos setores formal e informal do Estado reúnem em espaços de encontro sistemáticos para discutir seu cotidiano de saúde e vida a partir de produção cultural própria, construída com base em seu cotidiano através de fotos, vídeos e textos, que também são postados em um blog, no qual os participantes de todos os estados do Brasil trocam informações.

A partir de articulação do PVP-PB com o PINAB, uma merendeira da comunidade de Boa Esperança e um vigilante da comunidade Pedra Branca (ambos lideranças locais e membros de experiências de Educação Popular na comunidade) se inseriram no PVP-PB, o que lhes viabilizou ter acesso a proposta do Vidas Paralelas e, principalmente, ao registro sistemático de suas ações como educadores populares comunitários, incrementando suas realizações locais e sua capacidade de intervenção e reivindicação. Na medida em que ambos são membros perenes dos Espaços de Diálogo e da Comissão Organizadora do Conselho Local, dispuseram-se prontamente a construir conjuntamente o documentário e contribuir através da realização de filmagens em parceria com os estudantes do PINAB.

As entrevistas foram realizadas mediante roteiro, com vinte (20) pessoas entre elas: dez (10) pessoas da comunidade, quatro (4) ACSs, uma (1) gestora, uma (1) médica e duas (2) enfermeiras da USF, , além dos dois (2) participantes do PVP. O roteiro buscou contemplar os principais pontos que orientariam o documentário, possibilitando que fossem mostradas as diferentes opiniões sobre a visão da saúde na comunidade e o conhecimento e envolvimento de todos os entrevistados com o processo de construção do CLS. Desse modo, os entrevistados retrataram os aspectos positivos e as dificuldades existentes quanto à saúde na comunidade, deram propostas para melhorar a situação da saúde e falaram sobre a importância da instituição do CLS.

As pessoas da comunidade entrevistadas foram escolhidas por dois ACS e pelos dois participantes do PVP. Essas pessoas representaram as quatro áreas do território da USF. Os quatro ACS entrevistados foram escolhidos devido ao seu envolvimento direto com os Espaços de Diálogo e o processo de formação do Conselho Local e por representar as quatro áreas acima citadas. A gestora, a médica e as enfermeiras foram escolhidas para as entrevistas de acordo com o critério da disponibilidade na ocasião da construção do documentário.

Antes das entrevistas, todos os sujeitos foram esclarecidos quanto aos objetivos e metodologia do trabalho em questão e consultados quanto a sua autorização para utilização de sua imagem e depoimentos, o que foi documentado num Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

3.5 Descrição da ação educativa

Foi realizada uma atividade educativa na Escola com os alunos do 8° ano do Ensino Fundamental, no qual a turma se dividiu em dois grupos. Foi dado um determinado tempo para que eles organizassem a encenação que deveria conter cenário, personagens e título, e que se detivesse ao tema "Saúde na Comunidade". Um grupo encenou sobre alimentação saudável, sendo o título: "Saúde no Parque". Na apresentação, havia um garoto que se encontrava numa praça comendo hambúrguer, coxinha e tomando refrigerante às 8 horas da manhã. Dois colegas passavam e sentavam com ele, e começavam a orientar que aquelas comidas não eram saudáveis e ele precisava mudar de hábitos. Ofereceram frutas, mas o garoto não aceitou e continuou a comer aquelas comidas nada saudáveis.

O segundo grupo abordou a busca por seus direitos, sendo o título: "O abaixo assinado". Na encenação, vários jovens se reuniram para ir até a casa de moradores da comunidade para comunicar a elas que estava sendo feito um abaixo assinado contra o fechamento da USF da comunidade deles.

As apresentações foram analisadas por três representantes da comunidade que participam das reuniões do "Espaço de Diálogos". Eles escolheram como a melhor apresentação: O abaixo assinado.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

4.1 O significado dos Espaços de Diálogo para o fortalecimento do controle social em saúde

Os "Espaços de Diálogos" são reservados para a criação de encontros entre a população e os trabalhadores de saúde, visando o compartilhar de opiniões sobre o serviço de saúde e a sugestão de caminhos para a conquista de melhorias.

Mesmo ante algumas dificuldades encontradas, o objetivo dos Espaços aos poucos está sendo alcançado, à medida que as ações empreendidas tinham como pano de fundo a ampliação da capacidade democrática e do espírito participativo naquele serviço. Contudo, acreditamos que essa percepção foi se constituindo não de pronto, mas a partir da interação com a realidade e seus sujeitos, o que nos permitiu inferir que somando-se a participação social à metodologia educativa de Paulo Freire, forma-se uma base sólida para se atingir uma Atenção Primária à Saúde integral.

Um dos obstáculos sentidos é a pouca compreensão da comunidade sobre os objetivos do Espaço. Contudo, a equipe de saúde está procurando ajustar a organização do serviço de acordo com as possibilidades da unidade e as pretensões da comunidade.

Além disso, o serviço buscou compreender as formas de organização política da comunidade escutando suas experiências nos movimentos locais, ampliando a participação comunitária no processo para além das lideranças locais. Ademais, preferiram investir em ações de esclarecimento da proposta do CLS para uma maior parte de usuários, apostando em um processo de educação continuada e fortalecimento da compreensão dos usuários acerca da importância destes Espaços.

Isto mostra que embora exista ainda limitações quanto ao entendimento sobre a iniciativa dos Espaços, estabeleceu-se um canal formal de reclamações e proposições populares diante da significativa demanda para melhoria dos serviços prestados pela Unidade de Saúde.

Outro obstáculo percebido no processo, e relatado principalmente pelos trabalhadores de saúde, está na forma como a população externava suas críticas, muitas vezes carregadas de emoção e agressividade. Essas divergências podiam trazer um afastamento entre trabalhadores e usuários, cujas repercussões são importantes de serem avaliadas, pois uma crise nos Espaços acarretaria na comunidade a perda do direito de intervir na gestão da USF, se restringindo

as tarefas de fiscalização e denúncia. Com isso, o diálogo entre os diferentes sujeitos (profissionais, gestão e usuários) estaria comprometido, pois mesmo tendo a comunidade uma entidade representativa, continuariam a existir dois entes nesse processo – a comunidade de um lado, o serviço de outro.

A partir de alguns momentos de tensão nos diálogos empreendidos, percebeu-se a ausência representativa de comunitários nas reuniões, a qual pode ser justificada também pela falta de comprometimento dos líderes no estímulo da participação; além disso, observou-se que os profissionais da unidade na sua grande maioria não cumpriam o horário determinado para iniciar a reunião, percebendo-se também sua ausência em grande parte das reuniões. Tais justificativas foram reveladas a partir do acompanhamento presencial dos extensionistas nos Espaços, na produção do documentário, e na sistematização das atas.

Constatamos, também, que se faz necessário potencializar o papel dos ACS neste processo, uma vez que enquanto mediadores entre os serviços de saúde e a população, possuem uma visão mais ampla sobre os movimentos sociais dentro da comunidade. Logo, a participação dos ACS constitui uma ferramenta de extrema importância para aproximar a comunidade dos espaços de discussão deste processo.

Verificamos que o Espaço de Diálogo foi sofrendo mudanças ao longo das reuniões, deixando de ser apenas um espaço para reclamações e apontar os erros do Sistema e passando a ser um local de discussão, sobre o SUS, buscando a realização de propostas e, posteriormente, melhorias. Essas transformações ocorreram, como mencionado anteriormente, devido as divergências entre a comunidade e os trabalhadores/gestão em relação à formação do Conselho. Esta dificuldade pode ser explicada por vários motivos, um deles refere-se a pouca preparação de alguns dos profissionais para o diálogo comunitário, visto que, provavelmente, a sua formação não contemplou entender a participação da comunidade na saúde como componente de seu trabalho, e ainda predominar nas equipes das USF um conceito de saúde entendido como ausência de doença.

Estão ocorrendo discussões acerca do que é conversado nos "Espaços de Diálogos", e mudanças vêm sendo promovidas na USF. Nesse sentido, podemos perceber que o Conselho de Saúde está formado, apesar de ainda não estar legalizado.

A partir das várias opiniões apresentadas nas entrevistas do documentário, também foi percebido que existe sim uma visão afirmadora sobre a importância dos Espaços de Diálogos como elemento que proporciona uma ligação mais direta entre a equipe de saúde e a comunidade buscando a melhoria do serviço oferecido.

Por outro lado, também foi observado que algumas pessoas da comunidade demonstraram certa desmotivação em participar das reuniões ocorridas nos Espaços de Diálogo e relacionam isso com a lentidão da resolutividade dos problemas colocados em pauta por elas. Constatou-se também por meio da equipe de saúde que esses Espaços possibilitam aos profissionais um conhecimento maior sobre as necessidades de saúde dos usuários, mas que falta uma maior participação da comunidade, imprimindo mais poder para influenciar na organização do serviço de saúde oferecido a eles.

Segundo a análise das atas, identificamos que algumas lideranças almejavam que o CLS viesse resolver os problemas da comunidade. Enxergavam-no como canal direto de encaminhamento de seus reclames e deliberação para a solução dos entraves observados. Com isso, percebemos também que o grande número de reclamações decorriam da falta de resolutividade e construção de propostas nos espaços permanentes de diálogo do serviço com a comunidade. Denotava-se que o potencial crítico dos movimentos populares ali constituídos pouco tinha sido trabalhado pelas equipes de saúde anteriores. Por isso mesmo, algumas das lideranças enxergava no Conselho uma construção coletiva, entre gestão, trabalhadores e comunidade, onde o mais importante era dialogar e tecer as ações na união, ao invés de elencar as reclamações.

Neste processo de diálogos e encontros, tem-se apurado como principais reflexões positivas, as seguintes: apesar das evidentes limitações que existem no desenvolvimento do serviço de saúde disponibilizado à comunidade (pouco recurso, alta demanda, muitas atribuições-metas a serem cumpridas pelos profissionais, que por muitas vezes dificultam um desenvolvimento no sentido mais amplo da questão saúde, dentre outras), é notória a existência de alguns elementos potencializadores desse serviço, que são elencados no documentário, como: a estrutura física da Unidade integrada (espaço agradável, amplo e organizado); a realização de grupos dentro da comunidade (hipertensos e diabéticos, terapia comunitária, gestantes, dentre outros); a a formação crítica e humanística, principalmente dos ACS, ampliando sua visão sobre o processo de saúde.

Em relação às lacunas podemos citar: a demora na marcação de algumas consultas médicas especializadas; a ausência de médico na USF por períodos de tempo relativamente longos; e a dificuldade no acesso de uma parte da comunidade a Unidade integrada, devido a distância (esse por sinal foi um dos motivos de maior reclamação).

No que se refere às repercussões desta experiência para a formação dos estudantes universitários participantes, pôde-se observar que as extensionistas puderam compreender que existem limitações e obstáculos no trabalho do serviço de saúde e que isso se reflete na

insatisfação da comunidade. Mas, com o maior fortalecimento da relação entre usuários e os profissionais da Unidade de saúde, é possível haver a formação de uma importante força mútua capaz de atenuar as limitações presentes no serviço oferecido.

Através da ação educativa realizada com os estudantes da Escola Municipal pôde-se propiciar as estudantes de Nutrição o acompanhamento da participação ativa dos jovens no processo do controle social em Saúde. Mostrando que se esses forem motivados de formas diferentes e criativas (como: vídeos, peças, gincanas e etc.) eles podem ser agentes multiplicadores importantes da Educação Popular em Saúde, principalmente, dentro do ambiente escolar. Inserindo esses estudantes na realidade que os cerca e promovendo a sua própria concepção da vida social. Esse deveria ser um papel continuo da escola, construindo assim uma educação transformadora, como bem exemplifica Freire (1979, p. 93):

> De teoria, na verdade, precisamos nós. De teoria que implica uma inserção na realidade, num contato analítico com o existente, para comprová-lo, para vivê-lo e vivê-lo plenamente, praticamente. Neste sentido é que teorizar é contemplar. Não no sentido distorcido que lhe damos, de oposição à realidade [...].

Por meio da participação e acompanhamento dos Espaços de Diálogo, avaliamos este espaço como relevante não apenas como mais uma oportunidade de compreender a população em suas reivindicações, e sim para contribuir na superação do fosso existente entre comunidade/serviço, onde o PINAB se coloca como intermediador neste processo, aproximando as lideranças comunitárias daqueles trabalhadores dispostos a encampar seu mutirão de luta pelos direitos de saúde.

Essa estratégia vem sendo de suma importância para o Projeto, pois o aproxima dos movimentos sociais e da autonomia para uma relação mais estreita com a comunidade, facilitando a construção de vínculo com seus sujeitos. Todo esse processo também tem contribuído para uma formação acadêmica mais humanizada das estudantes envolvidas, imbuídas de reflexividade a respeito da realidade e das ações desenvolvidas no âmbito da saúde e controle social. Desse modo, tem se ampliado a visão da nutrição; buscando formar profissionais possivelmente mais compromissados com as causas e lutas populares, concebendo a saúde como um processo que envolve desejos, interesses e disputas, pois é também um direito de cidadania. Um direito humano.

4.2 A utilização do documentário como instrumento de participação e aprendizagem

Ter propiciado àquela comunidade expressar sua opinião a respeito da saúde local foi de grande satisfação para os estudantes de Nutrição, pois a convivência com essas pessoas tem muito a acrescentar para a formação tanto acadêmica, quanto pessoal. Apreendeu-se elementos como: compreensão sobre o funcionamento de uma Unidade de Saúde; as limitações do serviço da saúde; o processo de trabalho do ACS – seu papel estratégico como elo entre a comunidade e a Unidade de Saúde; a importância da existência de lideranças comunitárias, agindo na organização de movimentos para reivindicar os direitos da comunidade, incentivando a participação da comunidade nesses movimentos. Além disso, aprendizados de ordem pessoal, pelos exemplos de luta e cidadania da união comunitária, bem como a percepção quanto a existência e desenvolvimento de tensões e conflitos no processo de controle social local, os quais percebemos serem não somente importantes, mas elementos necessários ao estabelecimento de um diálogo franco e de um processo participativo marcado pelo respeito às alteridades e culturas de cada um e cada uma.

O Projeto de Extensão possibilitou às estudantes participar como difusoras e facilitadoras da construção do processo do Controle Social em Saúde, o que foi muito importante para o nosso desenvolvimento profissional e pessoal, nos permitindo ter um contato direto com esse processo.

No início das gravações, foram encontradas inúmeras dificuldades, primeiramente em relação ao equipamento de trabalho, que não era muito habitual na nossa vida acadêmica. A apreensão e ansiedade sobre de que forma desenvolver as atividades propostas (documentário e ação educativa), principalmente porque se tratava da primeira participação de jovens estudantes na Extensão Universitária, do primeiro contato direto com uma comunidade, que apesar de todas suas limitações (econômica, social, etc.), é formada por cidadãos que reconhecem e lutam por seus direitos.

A marcação de horários para a realização das gravações para o documentário também foi um pouco complicada em virtude das dificuldades relativas dão processo de trabalho e luta dos movimentos sociais locais da comunidade, o que gerava muitos imprevistos na disponibilidade dos atores locais e demandou um período além do previsto no momento da sistematização das atividades propostas, resultando em varias modificações da programação inicial, o que nos remete a perceber que a realização de um documentário não consiste apenas de questões

técnicas e sistematizadas. Para que ele se torne um retrato da vida e perspectivas das pessoas envolvidas, é preciso respeitar a disponibilidade dessas pessoas, e contemplar a visão destas sobre o contexto social em que vivem.

As extensionistas aprenderam que a utilização de técnicas audiovisuais aliadas a uma boa sistematização é muito útil para a construção de um documento atrativo e dinâmico num cenário popular, o qual pode ser o centro, como também pode direcionar o desenvolvimento de varias discussões relevantes sobre a saúde de uma dada comunidade, podendo em certos casos extrapolar esse território, já que muitos aspectos discutidos podem não ser questões isoladas de uma comunidade, mas também de outras existentes em outras regiões do país.

5 CONCLUSÕES

A realização do documentário serviu para sistematizar vários pontos de vista, contrapondo as opiniões dos usuários e dos representantes da USF sobre o mesmo assunto, para serem discutidos e entendidos nas reuniões do Espaço de Diálogo. O que possivelmente vai contribuir na construção do CLS.

A atividade na escola proporcionou a participação ativa dos jovens no processo de Educação Popular em Saúde e da Gestão Participativa da USF. A atividade realizada foi muito importante, pois permitiu a interação entre os participantes do processo de construção do CLS e jovens estudantes que mostraram sua capacidade criativa e seus conhecimentos sobre Saúde, compartilhando suas impressões sobre como lutar por seus direitos e cumprir seus deveres na busca da melhoria da sua própria saúde e dos seus companheiros.

Esse conjunto de ações, organizado e vivenciado por estudantes de graduação do curso de Nutrição, sob orientação de professores da UFPB, propicia às mesmas uma experiência no campo da participação popular, da organização comunitária e da luta por condições mais igualitárias de saúde. De outra parte, repercutiu incentivando o estudante a compreender a realidade a partir de uma visão mais crítica e política, percebendo as dificuldades e limitações do serviço de saúde e as inquietações da comunidade na busca de uma melhor qualidade de vida, além de valorizar o saber popular, a escuta e os interesses da comunidade.

Neste contexto, a Educação Popular se revelou inspiração metodológica decisiva, por nos ajudar a entender que não basta que os conteúdos discutidos nas rodas de conversa sejam revolucionários e transformadores, se o processo de discussão se mantém vertical, conforme ressalta Vasconcelos (2004). Espera-se que o compartilhar de saberes implique em aprendizagens significativas para os sujeitos envolvidos, no tocante a análise crítica de sua realidade e superação dos problemas. Nesse sentido, tanto a metodologia do projeto como as formas de organização desta pesquisa visaram desenvolver estratégias pedagógicas potencializadoras não apenas nas práticas de atenção e promoção da saúde e na participação popular em saúde, mas também na formação profissional crítica através de práticas integrais de ação e reflexão da Nutrição no campo da saúde pública, sensibilizando seus participantes para a importância da responsabilidade e compromisso social da universidade.

REFERÊNCIAS

ASSIS, M. M. A.; KANTORSKI L.; TAVARES, J. L. Participação social: um espaço em construção para a conquista da cidadania. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 48, n. 4, p. 329-340, out./dez. 1995.

CAMPOS, Â. W. H. et al. **O controle social no SUS e sua relação com a estratégia de saúde da família no conselho local de Saúde do bairro Monte Cristo - Florianópolis – SC**. Florianópolis: [s.n], 2003.

CARVALHO, B. G.; PETRIS, A. J.; TURIN, B. Controle Social em Saúde. In: ANDRADE, S. et al. **Bases da saúde coletiva**. Londrina: Editora da Universidade Estadual de Londrina/ ABRASCO, 2001.

CRUZ, P.; PEREIRA, I.; VASCONCELOS, A. C. Educação popular e a promoção da segurança alimentar e nutricional em comunidade: desafios com base em uma experiência de extensão. In: VASCONCELOS, E. M.; CRUZ, P. J. S. C. **Educação popular na formação universitária**: reflexões com base em uma experiência. São Paulo: Hucitec; João Pessoa: Editora UFPB, 2011.

FIRMINO, R. et al. Educação popular e promoção da saúde do idoso: reflexões a partir de uma experiência de extensão universitária com grupos de idosos em João Pessoa - PB. **REVISTA APS**, Juiz de Fora, v. 13, n. 4, p. 523-530, out./dez. 2010.

FLEURY, S.; LOBATO, L. V. C. **Participação, democracia e saúde**. Rio de Janeiro: Cebes, 2009.

FREIRE, P. **Educação como prática de liberdade**. 17. ed. Rio de Janeiro: Paz e terra, 1979.

HOLLIDAY, O. J. **Para sistematizar experiências**. João Pessoa: Editora Universitária UFPB, 1996.

MINAYO, M. C. S. **Pesquisa social**: teoria, método e criatividade. 24. ed. Petrópolis: Vozes, 2004.

PEDROSA, J. I. S. Educação Popular no Ministério da Saúde: identificando espaços e referências. In: BRASIL. Ministério da Saúde. **Caderno de Educação Popular e Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2007. p. 13-16, v. 1.

SORATTO, J.; WITT, R. R.; FARIA, E. M. Participação popular e controle social em saúde: desafios da Estratégia Saúde da Família. **Physis**: Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 20, n. 4, p. 1227-1243, dez. 2010.

VASCONCELOS, E. M. Educação popular: de uma prática alternativa a uma estratégia de gestão participativa das políticas de saúde. **Physis**: Revista de Saúde Coletiva,Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 67-83, 2004.

_____. Educação Popular: instrumento de gestão participativa dos serviços de saúde. In: BRASIL. Ministério da Saúde. **Caderno de Educação Popular em Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2007. p. 18-29. v. 1.

_____. Para além do controle social a insistência dos movimentos sociais em investir na redefinição das práticas de saúde. In: FLEURY, S.; LOBATO, L. V. C. (Org.). **Participação, Democracia e Saúde**. Rio de Janeiro: Cebes, 2009. p. 270-288. v. 1.

WESTPHAL, M. F. Movimentos sociais e comunitários no campo da saúde como sujeitos e objetos de experiências educativas. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 3, n. 2, p. 127-148, 1994.

O APOIO INSTITUCIONAL COMO ESTRATÉGIA DE DEMOCRATIZAÇÃO DA GESTÃO DA SAÚDE EM VÁRZEA PAULISTA: UMA HISTÓRIA DE REFLEXÕES E VÍNCULOS

Luís Fernando Nogueira Tofani[1]
Stellamaris Pinheiro de Souza Nascimento[2]
Bruno Souza Bechara Maxta[3]

RESUMO

Este artigo é o relato da constituição do Apoio Institucional como estrutura e ferramenta de gestão na Secretaria Municipal de Saúde de Várzea Paulista, contribuindo para um modelo mais democrático conciliando aspectos técnicos, administrativos e políticos nas práticas de cogestão em saúde. São apresentados desafios inerentes na construção histórica de formas de gestão e de cuidado em saúde não hegemônicas e as tensões e ruídos que estes movimentos geram, impactando diretamente no trabalho destes novos atores que entram num cenário de disputa de projetos de política pública de saúde.

Palavras-chave: Saúde Pública. Gestão em Saúde. Apoio Institucional.

[1] Cirurgião-dentista Sanitarista. Secretário Municipal de Saúde de Várzea Paulista – SP 2009-2012. Rua Célio Barbosa, 65 Várzea Paulista – SP. luis.tofani@gmail.com.

[2] Terapeuta Ocupacional Sanitarista. Secretária-Adjunta de Saúde de Várzea Paulista – SP 2009-2012. Rua Célio Barbosa, 65 Várzea Paulista – SP. stellamarispinheiro@uol.com.br.

[3] Terapeuta Ocupacional Mestre em Saúde Pública. Apoiador Institucional da Secretaria de Saúde de Várzea Paulista 2009-2012. Rua Célio Barbosa, 65 Várzea Paulista – SP. bruno.bechara@gmail.com.

1 INTRODUÇÃO: O DESAFIO

Várzea Paulista possui uma população estimada em 107.216 habitantes (IBGE, 2011) e localiza-se no Estado de São Paulo, num território de 35 Km^2 bastante urbanizado e com topografia bastante irregular. É caracterizada como cidade-dormitório pela proximidade com grandes centros como São Paulo e Campinas e ainda a cidades de médio porte como Jundiaí, da qual se constituiu como bairro emancipando-se em 1965, perdurando até hoje a dependência cultural e socioeconômica. Sua população não possui grandes desigualdades sociais, compondo-se quase totalmente por população de baixa e média renda, em sua maioria empregada nas indústrias, comércios e serviços da região. O orçamento público, embora tenha crescido 300% nos últimos sete anos, ainda é um dos menores per capita do estado de São Paulo. A equipe do governo que se iniciou em 2005 propôs como prioridades a adequação da infraestrutura urbana e da ocupação do solo de forma ambientalmente sustentável, o desenvolvimento econômico com a inclusão produtiva dos munícipes, o fortalecimento das políticas sociais e a garantia de direitos, a estruturação da gestão municipal com investimento na estrutura pública de estado e nas relações democráticas e de participação popular, além de estratégias que trabalham a identidade do município e a autoestima da população. Atualmente a rede municipal de saúde é constituída por 12 Unidades Básicas de Saúde, 1 Ambulatório de Especialidades, 1 Centro de Especialidades Odontológicas, 2 Centros de Atenção Psicossocial (CAPS II e CAPSi), 1 Centro de Testagem e Aconselhamento e 1 Hospital Municipal. A atual gestão da Secretaria Municipal de Saúde tem como diretrizes a Humanização da Atenção à Saúde e a Gestão Participativa. Humanização e participação são dois valores complementares, quando se pensa em relações de democracia institucional. Inúmeros dispositivos e arranjos têm sido experimentados no sentido da promoção de relações menos autoritárias no trinômio gestor-trabalhador-usuário. Esta é a experiência de reorganização da gestão da Secretaria de Saúde de Várzea Paulista na busca da democracia organizacional através da implantação do Apoio Institucional como arranjo de cogestão.

2 DESCRIÇÃO DO PROCESSO: A CONSTITUIÇÃO DO "LUGAR DO APOIADOR"

Desde 2005 transformações nos modelos de gestão e atenção à saúde, entendendo que um é imanente ao outro, têm sido estimuladas a partir da introdução de dispositivos e arranjos organizacionais como: seleção pública e introdução de gerentes em todos os serviços e unidades de produção; institucionalização das reuniões de equipe como espaço de trabalho e coprodução; implantação de diversas estruturas colegiadas e conselhos gestores locais; fortalecimento do Conselho Municipal de Saúde; institucionalização do planejamento local e ascendente; implantação de plano de cargos, carreiras e salários em 2007 prevendo progressões por mérito, titulação e tempo de serviço; criação de uma política municipal de educação permanente em saúde; territorialização com adscrição populacional, vínculo e responsabilização sanitária; estímulo ao trabalho intersetorial e em rede; humanização: acolhimento e projetos terapêuticos coletivos e singulares. A estrutura organizacional anterior era tradicional, sem coletivos de decisão e chefias locais, sendo a gestão concentrada em poucos cargos por categoria profissional (diretor médico e coordenadores de enfermagem e saúde bucal). Na primeira reforma optou-se pela estruturação de cargos de gerentes de serviços priorizando-se servidores de carreira, sendo os cargos centrais de gestão da rede assistencial organizados em Diretorias de Atenção Básica, Atenção Especializada e Atenção Hospitalar, sob única supervisão. Tal arranjo favoreceu o fortalecimento e estruturação dos serviços nas diferentes densidades tecnológicas, mas não avançou na integralidade da atenção à saúde. Em 2008, propôs-se a mudança na busca da integralidade, horizontalizando-se o organograma com a implantação do Apoio Institucional com o objetivo de promover transformações no trabalho em saúde a partir de ferramentas que fortalecem a clínica ampliada, a gestão participativa, o trabalho em rede e a intersetorialidade. Foram convidados profissionais para a equipe, de diferentes núcleos de formação profissionais, com alguma experiência e formação em saúde pública ou gestão em saúde, e principalmente identidade com o projeto técnico e político, iniciando-se um debate pautado em conceitos e práticas, facilitado por alguns meses por gestores e uma assessoria externa. O debate sobre a proposta foi ampliado para gerentes, equipes e espaços de participação popular. A partir de 2009 os apoiadores começaram a ser referência específica para equipes locais, organizados regionalmente, passando a dedicar parte de sua carga horária nos serviços de saúde, ora apoiando reuniões e processos, ora discutindo casos para formulação de projetos. O grupo constituiu-se como fortalecido a partir

da apropriação e prática de várias ferramentas conceituais como núcleo e campo da saúde, tecnologias de produção do cuidado em saúde, autonomia dos trabalhadores e a tríplice finalidade das organizações, educação permanente como estratégia de reconstrução de práticas, planejamento estratégico situacional, Análise Institucional, negociação e formação de consensos. Em 2010 o grupo foi legitimado através de portaria e finalmente em 2011 formalizado através de lei municipal que prevê o cargo de Apoiador Técnico de Gestão em Saúde descrito como assessoramento superior destinado a articular ações e políticas para o fortalecimento da rede municipal de saúde, à coleta, sistematização de informações, ao auxílio dos seus superiores hierárquicos na identificação de problemas e soluções, com as seguintes atribuições:

- Pesquisar e sistematizar dados e veicular informações;
- Apoiar matricialmente o planejamento e gestão dos serviços de saúde;
- Contribuir para a constituição de redes de atenção territoriais para o cuidado ampliado;
- Promover a interlocução e a integração entre os profissionais, serviços e setores da Secretaria Municipal de Saúde;
- Apoiar o desenvolvimento e monitoramento de prioridades, programações, projetos e indicadores de saúde;
- Realizar a gestão compartilhada de projetos institucionais e das ações cotidianas dos serviços de saúde;
- Facilitar a análise e condução de processos decisórios em reuniões de equipe, fóruns regionais e conselhos locais;
- Elaborar e organizar documentos, pareceres e projetos;
- Prestar assessoramento às autoridades em assuntos de sua área de competência;
- Participar das atividades de planejamento da administração municipal;
- Participar de comissões e grupos de trabalho, podendo coordená-los;
- Executar outras tarefas correlatas quando determinadas pelas autoridades assessoradas.

3 POTENCIAL INOVADOR: PROCESSOS DE REFLEXÃO E TRANSFORMAÇÃO

O caráter processual da transformação das práticas de gestão e cuidado em saúde tem propiciado espaços coletivos de reflexão, análise, reconstrução e formulação de consensos sobre os processos instituídos. Nestes cenários, a participação dos apoiadores institucionais tem sido decisiva para a produção "em ato" de novos pactos e a aplicação de tecnologias leves. Sabendo ser este um movimento contra hegemônico, a chamada democracia institucional e a gestão participativa são constantemente colocadas em análise pelo "caminhar estreito na linha tênue" que separa a gestão com seu projeto político, dos interesses corporativos e da autonomia dos profissionais de saúde na micropolítica, além das demandas e necessidades sentidas pela população. O sentimento de "pertencimento" ao projeto do Sistema Único de Saúde - SUS e o comprometimento institucional, entendendo a produção do cuidado em saúde como "obra", tem sido os grandes motrizes do fortalecimento da Clínica Ampliada e do Trabalho Vivo em Saúde.

4 CONTINUIDADE, AMPLIAÇÃO E DIFICULDADES: O CAMINHAR E AS TENSÕES DE UM PROJETO CONTRA-HEGEMÔNICO

A formalização do cargo de Apoiador Institucional em Saúde e da "horizontalidade" do organograma da Secretaria Municipal de Saúde de Várzea Paulista através de lei municipal não são garantias de continuidade e ampliação das práticas de implantação de um outro projeto de gestão e cuidado em saúde. Os riscos de "captura" destes atores e de suas práticas pelos modelos tradicionais de assistência e gestão da saúde são constantes. O caráter analisador das práticas do Apoiador Institucional tem evidenciado diversos movimentos que dificultam as práticas propostas. A principal tensão que sempre emerge é representada por falas como "impor um projeto de gestão participativa é algo autoritário" ou "nós temos espaço para debater, mas as propostas quase sempre já chegam prontas". Isto traduz o principal conflito para uma gestão que se propõe a democratizar a estrutura de estado e que tem um projeto de política pública claro a ser implantado. Estes conflitos se agravam quando emergem interesses corporativos, como da categoria médica que vê ameaças em sua autonomia profissional, legitimadora de poder, ou mesmo da categoria enfermagem que tem práticas instituídas de organização de serviços com grande dificuldade para a reconstrução de modelos assistenciais menos rígidos. Propostas como o Acolhimento e a gestão de casos através da formulação de Projetos Terapêuticos Singulares ou Coletivos tensionam constantemente saberes, práticas, organizações, categorias profissionais e processos de trabalho, sendo a atuação dos Apoiadores Institucionais como mediadores destes conflitos e agenciadores da produção de novos pactos, mesmo que temporários, fundamentais para a consolidação da cogestão. A relação Apoio-Gerência de Serviços também tem avançado ora caminhando para um extremo de omissão das chefias locais que muitas vezes desvestem-se de seu papel gestor, cobrando do apoiador questões logísticas e estruturais que não estão sob sua responsabilidade, ou, no outro extremo, não permitindo intervenções do Apoiador Institucional sobre seu serviço e sua equipe, chamando ara si sua responsabilidade e autonomia como gestor local. Neste contexto, o grande desafio do Apoiador Institucional é: como é possível ser gestão sem ser gestor ? Ou ainda: como é possível representar um governo perante uma equipe sem ser chefia direta ? A distinção entre apoios institucional e matricial, embora quase nunca indissociáveis, fez com que alguns participantes do grupo optassem por uma ou outra forma de arranjo, trabalhando ou "núcleo e campo de práticas e saberes na produção do cuidado em saúde" (apoio matricial) ou "modelo democrático e participativo de gestão em saúde" (apoio

institucional), além do que outros novos profissionais se interessassem por trabalhar em um ou outro grupo. Nestes anos de vivência estes debates levaram à reflexão e apreensão por parte dos atores envolvidos de contextos e conceitos que, embora descritos em bibliografia, adquirem um caráter de realidade e aprendizagem significativa imprescindíveis ao fortalecimento das práticas, sujeitos e coletivos. Este movimento, constituído por reflexões e conflitos, tem propiciado uma verdadeira cadeia que mobiliza a rede municipal de saúde.

5 RESULTADOS: O QUE HÁ DE NOVO

• Ações, projetos e programas que antes eram dirigidos e direcionados pelos Diretores hoje são planejadas pelos serviços de saúde de acordo com o contexto e as necessidades locais;

• A ação dos Apoiadores Institucionais de "fazer junto" fortaleceu o protagonismo dos gerentes e a corresponsabilidade dos profissionais das equipes;

• As práticas de participação popular e controle social nos serviços foram implementadas através do fortalecimento dos conselhos gestores locais;

• A aproximação do nível central aos serviços de saúde possibilitou o conhecimento da realidade contribuindo para a solução de problemas;

• Estabeleceu-se diferenciação entre Apoio Institucional (à gestão) e Apoio Matricial (núcleo e campo da saúde), reconfigurando-se estes arranjos organizacionais;

• Práticas da Clínica Ampliada e da Política de Humanização como o Acolhimento e a construção de Projetos Terapêuticos Singulares foram fortalecidas;

• Ampliação do trabalho intersetorial e em rede;

• Formalização do cargo de Apoiador Institucional e a horizontalização do organograma;

• Mudança na cultura institucional, nas práticas de cuidado e na relação entre nível central, gerentes, equipes e comunidade.

6 CONCLUSÕES: CONCLUINDO O QUE NÃO SE CONCLUI...

As práticas de gestão participativa e descentralizada na Secretaria Municipal de Saúde de Várzea Paulista têm sido potencializadas pela implantação de diversos dispositivos e arranjos, com especial destaque nos últimos três anos para a "horizontalização" do organograma e a criação da figura do Apoiador Institucional. A construção processual e histórica das ações de Apoio Institucional tem permitido aos atores envolvidos vivenciar uma proposta inovadora e contra-hegemônica de prática da gestão em saúde contribuindo simultaneamente para a transformação do modelo técno-assistencial, como para o fortalecimento organizacional de práticas democráticas de cogestão. Neste processo todos aprendemos e percebemos que o caminho se faz ao caminhar...desde que se saiba onde se quer chegar.

REFERÊNCIAS

CAMPOS, G. W. S. O Anti-taylor: sobre a invenção de um método para co-governar instituições de saúde produzindo liberdade e compromisso. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 4, p. 863-870, 1998.

_____. **Saúde paidéia**. 3. ed. São Paulo: Hucitec, 2007.

_____. **Um método para análise e co-gestão de coletivos**: o método da roda. 3. ed. São Paulo: Hucitec, 2007.

CECÍLIO, L. C. O. Autonomia versus controle dos trabalhadores: a gestão do poder no hospital. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, São Paulo, v. 4, n. 2, p. 315-329, 1999.

IBGE. **Censo Demográfico 2010**. 2011. Disponível em: <http://censo2010.ibge.gov.br/>. Acesso em: 14 jul. 2014.

MEHRY, E. E. **A cartografia do trabalho vivo**. 3. ed. São Paulo: Hucitec, 2002.

VÁRZEA PAULISTA. Prefeitura Municipal de Várzea Paulista. **Lei Complementar nº 220 de 24 de outubro de 2011**. Dispõe sobre a administração pública municipal. Disponível em: <http://transparencia.varzeapaulista.sp.gov.br/include/estrutura_administrativa/pdf/lc_220_11.pdf>. Acesso em: 14 jul. 2014.

PRIMEIRA CAMPANHA DE COLETA DE MEDICAMENTOS DO CENTRO REGIONAL DE SAÚDE DR. MARCÍLIO DE OLIVEIRA LIMA

Joanna D´Arc Luciana de Souza Almeida de Oliveira[1]
Maria do Rosário Zapata Cobo[2]

RESUMO

O Uso Racional de medicamentos implica em uso da medicação na dose e posologia corretas, por período de tempo adequado. Entretanto, metade dos pacientes não utiliza seus medicamentos de forma correta. Em 2005, na Rede Municipal de Saúde Campo Grande, Mato Grosso do sul percebeu-se que diversos pacientes faziam sucessivas retiradas dos mesmos medicamentos nas farmácias da REMUS num período inferior a 30 dias. No bairro das Moreninhas, situações que evidenciavam o uso não racional de medicamentos foram comprovadas. Diante dos fatos, as farmacêuticas do Centro Regional de Saúde das Moreninhas promoveram, através dos agentes comunitários de saúde, uma coleta de sobra de medicamentos. Do material coletado, 82% dos medicamentos eram fornecidos pelo SUS, indicando desperdício de recurso público. Havia muitas embalagens de antibióticos intactas sugerindo falta de adesão ao tratamento e grande quantidade de medicamentos comumente prescritos nos serviços de atendimento de Urgência e Emergência demonstrando a facilidade de aquisição. Medicamentos sujeitos ao controle especial da Portaria 344/98 também foram recolhidos em quantidade significativa. A ação sensibilizou a comunidade local quanto ao Uso Racional de Medicamentos, bem como o Controle Social que utilizou favoravelmente a Campanha durante as discussões da Resolução Municipal que estabelece limite para fornecimento de medicamentos no âmbito da Remus pela comissão de legislação e normas do Conselho Municipal de Saúde.

Palavras-chave: Uso racional de medicamentos. Estoque domiciliar de medicamentos. Coleta de medicamentos. Assistência farmacêutica.

[1] Farmacêutica da Rede Municipal de Saúde (Remus), responsável pela I Campanha de Coleta de Medicamentos do Centro Regional de Saúde Dr. Marcílio de Oliveira Lima. E-mail: joannavitor@yahoo.com.br.

[2] Farmacêutica da Rede Municipal de Saúde (Remus), responsável pela I Campanha de Coleta de Medicamentos do Centro Regional de Saúde Dr. Marcílio de Oliveira Lima. E-mail: mrzcobo@hotmail.com.

1 INTRODUÇÃO

Segundo a Organização Pan-americana de Saúde (2003), o Uso Racional de Medicamentos ocorre quando o paciente recebe o medicamento apropriado a sua necessidade clínica, na dose e posologia corretas, por um período de tempo adequado e ao menor custo para si e para a comunidade.

Dados da Organização Mundial de Saúde (OMS) mostram que na metade das vezes a prescrição, a venda ou a dispensação de medicamentos é feita de forma inadequada. Além disso, metade dos pacientes não utilizam seus medicamentos de forma correta seja pelo uso excessivo, subutilização e abuso de medicamentos desperdiçando recursos e acarretando riscos para a saúde (BARBOSA, 2007).

O uso inadequado de medicamentos prejudica a saúde dos pacientes, bem como dificulta o acesso da população a esses agentes terapêuticos, que, se bem indicados e utilizados, contribuem para a redução da morbi-mortalidade dos pacientes do sistema público ou privado de saúde (BARBOSA, 2007).

2 ESTOQUE DOMICILIAR DE MEDICAMENTOS

O armazenamento de medicamentos em domicílios é uma prática comum, principalmente dos medicamentos que as pessoas consideram "necessários" para o tratamento sintomático de gripe, alergia, diarreia e problemas gástricos.

Na literatura, o estoque domiciliar de medicamentos pode ser encontrado com a denominação de "farmácia caseira" (BUENO et al., 2009) ou "estoque doméstico" (SCHENKEL et al., 2004). E frequentemente, este estoque é mantido em ambientes e recipientes que não são adequados propiciando consumo irracional e desperdício (TOURINHO et al., 2008).

A questão da estocagem de medicamentos nas residências é preocupante também em relação às sobras oriundas da falta de adesão à terapia prescrita pelo médico ou cirurgião-dentista, pois pode: incentivar a automedicação levando ao uso desnecessário de medicamentos (BUENO et al., 2009), como no caso dos antibióticos mais especificamente; e aumentar o risco de intoxicações (BRUM et al., 2007), sejam as não intencionais (principalmente em crianças pequenas) e intencionais (TOURINHO et al., 2008). Segundo o CIVITOX/MS, de janeiro a junho de 2005, dentre os dez agentes mais frequentes envolvidos em intoxicações, o medicamento ficou em primeiro lugar.

No caso das crianças, a curiosidade natural por tocar e experimentar coisas desconhecidas pode levar à ingestão acidental de medicamentos, que na maioria das vezes tem cores chamativas, ou sabores adocicados, como as suspensões ou xaropes aromatizados. Além disso, quando os pais não recebem orientações corretas do médico, dentista ou do farmacêutico, podem errar na dose ou na via da administração do medicamento.

Dados fornecidos pelo Centro de Vigilância Toxicológicas de Mato Grosso do Sul mostraram que crianças de 1 a 4 anos estiveram envolvidas em 49 dos 188 casos de intoxicação registrados no período de janeiro a junho de 2005 (CIVITOX/MS, 2005).

Sarra et al. (2008) relatam que somente em 24,2% das residências os medicamentos estavam armazenados em locais considerados seguros quanto à acessibilidade às crianças.

Já em locais onde a população tem consciência de que os medicamentos oferecem riscos às crianças e que devem ficar longe delas, evitando-se possíveis acidentes, como no trabalho de Bueno et al. (2009), verificou-se que apenas 30,77% dos medicamentos estavam ao alcance dos menores.

3 A ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA EM CAMPO GRANDE, MATO GROSSO DO SUL

A Secretaria de Saúde Pública de Campo Grande subdivide a cidade administrativamente em Distritos Sanitários que abrangem as quatro regiões geográficas da cidade: oeste, sul, norte e leste.

O atendimento ambulatorial em Atenção Básica aos pacientes destas regiões é prestado em Unidades Básicas de Saúde (UBS) e de Saúde da Família (UBSF). Para os atendimentos urgenciais e emergenciais foram criados os Centros Regionais de Saúde (CRS) e as Unidades de Pronto Atendimento (UPA).

O CRS "Dr. Marcílio de Oliveira Lima" e a UBS "Dr. Judson Tadeu Ribas" são prédios contíguos e atendem a população adscrita ao Bairro das Moreninhas III, inserido na região do Distrito Leste da cidade de Campo Grande. A farmácia, vinculada fisicamente ao CRS, atende aos pacientes oriundos das duas unidades.

Em 2005, a população local estava estimada em 15.000 pessoas segundo dados do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) e tinha a cobertura do Programa de Agentes Comunitários (PACS), contando com duas enfermeiras e 30 agentes.

A Assistência Farmacêutica da Rede Municipal de Saúde (Remus) de Campo Grande está inserida nesse contexto por meio da Coordenadoria de Assistência Farmacêutica, criada em 2009, onde atuam 70 farmacêuticos em todo o município.

Para controle de estoque e dispensação de medicamentos, a Remus conta com um sistema informatizado (Sistema Hygia). Dentre as ferramentas oferecidas pelo sistema, está a operação L MED PAC, que é uma transação que permite ao operador visualizar o histórico de medicamentos retirados em ordem cronológica por um usuário nas Farmácias da Remus.

No ano de 2005, a equipe que atuava na farmácia do Centro de Especialidades Médicas (CEM) passou a consultar rotineiramente a L MED PAC no ato da dispensação. Por meio dessas consultas, percebeu-se que diversos pacientes faziam sucessivas retiradas dos mesmos medicamentos nas farmácias da (REMUS) num período inferior a 30 dias. Foram observadas situações que evidenciavam o uso não racional de medicamentos com concomitante desperdício de recurso público.

A equipe da farmácia do CRS Moreninha passou a trabalhar da mesma maneira e algumas das situações evidenciadas pelas farmacêuticas estão descritas na Tabela 1 a seguir:

TABELA 1 - Medicamentos repetidos retirados por um mesmo paciente em farmácias da Remus num período inferior a 30 dias

PACIENTE	MEDICAMENTO / POSOLOGIA DA PRESCRIÇÃO	PRIMEIRA RETIRADA		SEGUNDA RETIRADA	
		DATA	QUANTIDADE	DATA	QUANTIDADE
Paciente A	AAS 100mg / 2cp via oral após o almoço por 30 dias	15/03/05	60 comp.	16/03/05	60 comp.
Paciente B	Amoxicilina 500mg / 1 caps. Via oral de 8/8 horas por	03/06/05	20 caps.	07/06/05	20 caps.
Paciente C	Dexclorfeniramina xarope / 5ml via oral 12/12 horas por 5 dias	03/06/05	1 frasco de 100ml	08/06/05	1 frasco de 100ml
Paciente D	Amoxicilina 250mg /5ml suspensão oral/ 5ml via oral de 8/8horas por 10 dias	06/05/05	1 frasco de 150ml	07/05/05	1 frasco de 150ml
Paciente E	Cefalexina 500mg / 2 comp via oral de 6/6 horas por 10 dias	12/06/05	80 comp.	12/06/05	30 comp. (a posologia foi modificada para 1 comp via oral de 6/6 horas por sete dias

Fonte: Sistema Municipal de Saúde.

O primeiro paciente, chamado de Paciente A, retirou 60 comprimidos de AAS 100mg para tomar 2 comprimidos via oral após o almoço em 15/03/05 (conforme estava prescrito em sua receita). Essa quantidade era suficiente para 30 dias de tratamento, porém, em 16/03/05, ele retirou mais 60 comprimidos. Este excesso de medicamento poderia permitir que o paciente não retornasse ao médico na data prevista já que dispõe da medicação em casa; ele poderia repassar a outros pacientes que não estão sob acompanhamento médico, poderia gerar acúmulo de medicamentos na farmácia caseira, favorecendo uma intoxicação infantil (a cor e o sabor do medicamento são chamativos para as crianças) além de possibilitar o aumento de geração de resíduos de saúde.

Noutro exemplo, o Paciente E retirou 80 comprimidos de cefalexina 500mg por meio de uma prescrição, mas no mesmo dia, foi atendido por outro médico que modificou a posologia e o tempo de tratamento prescrito anteriormente, fornecendo-lhe outra receita para aquisição de mais 30 comprimidos. Essa sobra poderá ser utilizada posteriormente (através da automedicação) em situações onde os antibióticos não são indicados. Por exemplo, em casos de infecções virais, ou processos inflamatórios, já que os pacientes comumente se confundem entre a utilização de anti-inflamatórios e antibióticos.

Diante dos fatos descritos acima as farmacêuticas responsáveis pela Farmácia do CRS "Dr. Marcílio de Oliveira Lima" promoveram uma coleta de sobras de medicamentos da população residente nas proximidades daquele Centro de Saúde, localizado no bairro Moreninha III.

4 OBJETIVOS

4.1 Objetivo principal

Coletar as sobras de medicamentos armazenados nos domicílios da população adscrita do CRS "Dr. Marcílio de Oliveira Lima", Bairro das Moreninhas III, Campo Grande, Mato Grosso do Sul no período de julho a agosto de 2005.

4.2 Objetivos secundários

Avaliar os medicamentos coletados e classificá-los segundo metodologia usual; e avaliar a participação de medicamentos psicoativos nos estoques domiciliares.

5 METODOLOGIA

O presente trabalho tratou-se de um estudo observacional, descritivo, conduzido na Região atendida pelo PACS da UBS Doutor Judson Tadeu Ribas, bairro das Moreninhas III, na cidade de Campo Grande, Mato Grosso do Sul.

Os ACSs verificaram os medicamentos presentes nas residências de suas microáreas, e sob consentimento do morador, coletaram e trouxeram para a UBS as sobras de medicamentos, ou seja, o que não fizessem parte de nenhum esquema terapêutico vigente ou estivesse vencido.

O material coletado foi classificado de acordo com a procedência (se obtido no SUS ou na Rede Privada), com a classe terapêutica; e quantificado em número de comprimidos ou frascos.

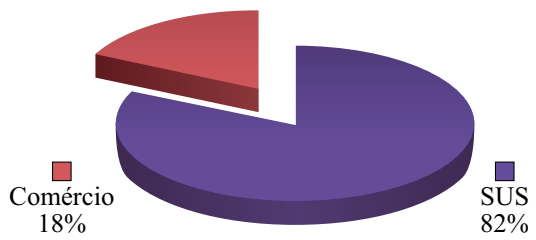
Esses dados foram tabulados no programa Excel e apresentados em forma de tabelas e figuras para a chefia imediata e distrital, representante da Coordenadoria de Assistência Farmacêutica, ACSs e demais funcionários do CRS e da UBS, comunidade do bairro e Conselho Municipal de Saúde.

6 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foi possível quantificar que 82% dos medicamentos coletados eram originados do SUS (Figura 1), pois apresentavam a inscrição **PROIBIDA A VENDA NO COMÉRCIO**. Bueno et al. (2009) encontrou que 93,45% dos pacientes adquirem seus medicamentos na UBS ou no Centro de Atendimento Psicossocial (CAPS).

Considerando que os medicamentos não faziam parte de um esquema terapêutico vigente ou estavam vencidos, a porcentagem encontrada pode ser indicativa de desperdício de recurso público.

FIGURA 1 - Total de Medicamentos de acordo com a origem obtida



Fonte: Sistema Municipal de Saúde.

Os antibióticos padronizados pela Remus em 2005 coletados na campanha estão relacionados na Tabela 2. Essas sobras de medicamentos sugeriram falta de adesão ao tratamento prescrito. E quando se trata de tal classe terapêutica, a falta de adesão pode implicar em aumento da resistência bacteriana, diminuição da eficácia dos antibióticos e aumento da necessidade de recorrer a medicamentos mais caros (WHO, 2001).

TABELA 2 - Quantidade dos antibióticos coletados fornecidos pela REMUS em 2005

ANTIBIÓTICOS	QUANTIDADE EM COMPRIMIDOS OU FRASCOS
Sulfa+trimet 400/80 mg comp.	836
Cefalexina 500mg comp	327 comp.
Amoxicilina 500mg comp	226 comp.
Eritromicina 250mg comp	208 comp.
Cloranfenicol 250mg comp	52 comp.
Eritromicina 125mg/5ml	36 frascos.
Sulfa+trimet 200/40 mg/5ml	25 frascos.
Tetraciclina 500mg	14 caps.
Amoxicilina 250mg/5ml susp oral	8 frascos.
Cloranfenicol colírio	3 frascos.
Penicilina Benzatina 1.200.000 inj.	2 F/A
Penicilina Benzatina 600.000 inj	1 F/A

Fonte: Sistema Municipal de Saúde.

Os medicamentos comumente prescritos nos serviços de atendimento de Urgência e Emergência como: antieméticos, antiespasmódicos, broncodilatadores, antiulcerosos, antialérgicos, analgésicos e antitérmicos foram encontrados na quantidade descrita na Tabela 3. A justificativa para este acúmulo ainda precisa ser elucidada, mas a facilidade para retirar medicamentos repetidos em diversas farmácias da REMUS num curto espaço de tempo pode ter corroborado para isso.

TABELA 3 - Medicamentos coletados de diversas classes terapêuticas (em comprimidos)

MEDICAMENTOS	QUANTIDADE (EM COMPRIMIDOS)
Metoclopramida 10mg/comp.	631 comp.
Hioscina 10mg/comp.	592 comp.
Aminofilina 100mg/comp.	402 comp.
Ranitidina 150mg/comp.	374 comp.
Prometazina 25mg/comp.	197 comp.
Paracetamol 500mg/comp.	164 comp.

Fonte: Sistema Municipal de Saúde.

Algumas especialidades sujeitas ao controle especial da Portaria 344/98 também foram recolhidas e as quantidades dos comprimidos estão descritas na Tabela 4.

TABELA 4 - Medicamentos coletados de diversas classes terapêuticas (em comprimidos)

MEDICAMENTOS	QUANTIDADE (EM COMPRIMIDOS)
Carbamazepina 200mg	707
Amitriptilina 25mg	372
Valproato de sódio 500mg	240
Imipramina 25mg	232
Diazepam 10mg	193
Clorpromazina 100 mg	186
Levomepromazina 25mg	66
Haloperidol 5mg	34
Fenitoína 100mg	30

Fonte: Sistema Municipal de Saúde.

A carbamazepina, bem como as demais medicações descritas na Tabela 4, geralmente é utilizada no tratamento de patologias psiquiátricas ou neurológicas. Para adquiri-la nas farmácias da Remus é preciso ser maior de idade e apresentar a receita de controle especial acompanhada do documento oficial de identificação. Além disso, no SUS, as vagas para consulta com um psiquiatra ou neurologista são gerenciadas pelo Sistema de Regulação on-line, disponibilizado pelo DATASUS (SISREG) e geralmente não conseguem atender a demanda.

Se há tantas exigências, como explicar as sobras desses medicamentos? Falta de adesão à terapia? Prescrição por profissionais não especializados? Pacientes com prescrições distintas de mesmos medicamentos em tratamentos coincidentes que retiram a medicação na Remus num período inferior a 30 dias? Esses questionamentos poderão fomentar futuros trabalhos científicos.

7 CONCLUSÃO

Pode-se perceber que em diversas situações, o medicamento vem sendo utilizado de maneira irracional seja devido à interrupção precoce da terapia instalada, seja no acúmulo domiciliar excessivo que motiva a automedicação e aumenta as chances de ocorrências de casos de intoxicação. E a oportunidade de retirar medicamentos repetidos em diversas farmácias da Remus pode estar colaborando para isso.

No presente trabalho, percebe-se que em Campo Grande, a população precisa ser educada sobre o Uso Racional de medicamentos e o farmacêutico tem importância fundamental nesse processo. Cabe a este profissional orientar o paciente sobre a maneira correta de se utilizar o medicamento prescrito; dos riscos da reutilização prescrições; das condições que o medicamento deverá ser armazenado; e da necessidade de se entregar à farmácia, seja ela pública ou privada, os medicamentos que não estejam fazendo parte de nenhum tratamento vigente. No entanto, para que esta prática seja efetivada, muitos desafios ainda terão que ser vencidos.

Embora a Assistência Farmacêutica deste Município tenha avançado bastante nos últimos anos, ampliando seu quadro de farmacêuticos de forma significativa, mantendo estes profissionais nas UBSs, algumas UBSFs, nos Centros Regionais de Saúde (CRSs), nos plantões dos CRSs (inclusive com apoio administrativo, o que nunca houve) e nas Unidades de Pronto Atendimento (UPAs), ainda há farmácias de UBSs com demandas onde o farmacêutico não consegue fazer uma orientação adequada: atende mais de uma centena de receitas diariamente; não possui apoio administrativo, inviabilizando a prática da Atenção Farmacêutica. É uma situação lamentável, pois onde o farmacêutico encontra apoio, até mesmo o trabalho descrito aqui pode ser perfeitamente reproduzido.

Outro avanço na Assistência Farmacêutica do Município foram as publicações das Resoluções 81/2011 e 113/2011 que permitiram ao farmacêutico tomar condutas legais em prol do uso racional de medicamentos. Algumas vezes, a educação da população não basta, e então é necessário ter um amparo legal para tornar as práticas de trabalho mais uniformes.

Os resultados obtidos após analise do material coletado na campanha foram apresentados ao Conselho Municipal de Saúde (CMS) em 06 de novembro de 2006. Além dos resultados, a apresentação foi um momento para prestigiar o trabalho dos Agentes Comunitários, considerados o elo entre a Unidade de Saúde e a comunidade. Eles foram os principais atores da coleta de medicamentos e podem estar perfeitamente inseridos no processo de promoção do Uso Racional

de Medicamentos. Além disso, recebendo treinamento adequado, poderão ajudar os moradores a encaminhar os medicamentos vencidos e danificados para o destino correto.

Na ocasião, alguns conselheiros propuseram que a ação fosse divulgada; que a população fosse orientada a devolver medicamentos dos pacientes que foram a óbito e parabenizaram a iniciativa das Farmacêuticas.

Desde então, considerou-se a experiência exitosa, pois a ação promoveu a sensibilização da comunidade local bem como do controle social quanto à promoção do Uso Racional (em 23 de fevereiro de 2011, durante a discussão da minuta de Resolução que estabelece limite para fornecimento de medicamentos no âmbito da Remus pela comissão de legislação e normas do CMS, um conselheiro fez alusão à campanha demonstrando apoio do controle social à experiência).

REFERÊNCIAS

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (Brasil). Portaria n° 344, de 12 de maio de 1998. Aprova o Regulamento Técnico sobre substâncias e medicamentos sujeitos a controle especial. **Diário Oficial da União**, Brasília, 31 dez. 1998. Seção 1. Disponível em: <www.anvisa.gov.br/legis/portarias/344_98.htm>. Acesso em: 13 out. 2011.

BARBOSA, P. F. T. Uso Racional de Medicamentos: desafio e responsabilidade compartilhada. **Informativo Bimestral do Centro de Estudos Carlos Chagas**, Guarulhos, ano 11, n. 46, p. 4-5, nov./dez. 2007. Disponível em: <www.hcc.com.br/pdf/HCC_03_2008.pdf>. Acesso em: 10 out. 2011.

BRUM, C. A. et al. Avaliação do estoque de medicamentos das residências da Região do Vale do Aço-MG. **Revista Brasileira de Farmácia**, Rio de Janeiro, v. 88, n. 4, p. 173-176, 2007. Disponível em: <www.revbrasfarm.org.br/pdf/2007/RBF_V88.../pag_173a176.pdf>. Acesso em: 13 out. 2011.

BUENO, C. S.; WEBER, D.; OLIVEIRA, K. R. Farmácia caseira e descarte de medicamentos no bairro Luiz Fogliatto do município de Ijuí, RS. **Revista de Ciências Farmacêuticas Básica e Aplicada**, Araraquara, v. 30, n. 2, p. 203-210, 2009. Disponível em: <http://serv-bib.fcfar.unesp.br/seer/index.php/Cien_Farm/article/viewFile/601/826>. Acesso em: 15 out. 2011.

CAMPO GRANDE. Secretaria Municipal de Saúde. Resolução SESAU nº 81, de 30 de abril de 2008. Estabelece normas e procedimentos para a organização e funcionamento das farmácias das unidades de saúde da secretaria municipal de saúde pública e dá outras providências. **Diário Oficial de Campo Grande**, Campo Grande, dia mês abreviado 2008.

_____. Secretaria Municipal de Saúde. RDC 113/2011. Estabelece limites para a dispensação de medicamentos pelas farmácias da rede municipal de saúde, e dá outras providencias. **Diário Oficial de Campo Grande**. Campo Grande, dia mês abreviado 2011.

LUCCHETA, R. C. et al. **Estoque, automedicação e uso de medicamentos pelos usuários da estratégia de saúde da família**. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/premio_medica/pdfs/trabalhos/mencoes/rosa_lucchetta_trabalho_completo.pdf>. Acesso em: 17 jul. 2014.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE. **Uso Racional de Medicamentos**. Brasília, 2003.

RIBEIRO, M. A.; HEINECK, I. **Estoque domiciliar de medicamentos na Comunidade Ibiaense acompanhada pelo Programa de Saúde da Família**. 2005. 80f. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Farmácia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2005.

SARRA, J. R. et al. **Avaliação da segurança dos medicamentos nos domicílios**. Araraquara: UNESP, 2008. p. 6335.

SCHENKEL, E. P.; FERNANDES, L. C. F.; MENGUE, S. S. Como são armazenados os medicamentos nos domicílios? **Acta Farmaceutica Bonaerense**, Buenos Aires, v. 24, n. 2, p. 266-269, 2005.

SESSÃO EXTRAORDINÁRIA DO CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE, 204., 2006, Campo Grande. **Ata**. Campo Grande: Conselho Municipal de Saúde, 2006.

_____, 269., 2011, Campo Grande. **Ata**. Campo Grande: Conselho Municipal de Saúde, 2011.

TOURINHO, F. S. V. et al. Farmácias domiciliares e sua relação com automedicação em crianças e adolescentes. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v. 84, n. 5, set./out. 2008.

MECANISMOS DE PARTICIPAÇÃO SOCIAL NOS SISTEMAS DE SERVIÇOS DE SAÚDE: ANÁLISE DE EXPERIÊNCIAS NO BRASIL E NA ITÁLIA

Marta Helena Buzati Fert[1]
Alcindo Antônio Ferla[2]

RESUMO

O estudo procura examinar as experiências de participação social na área da saúde de duas instituições de relevância do Brasil e Itália. Observa-se, nos últimos 30 anos, que a participação da população nas políticas sociais e, em particular, no acompanhamento dos serviços de saúde, é um tema presente em diferentes países, através da implantação de políticas públicas que adotam mecanismos e dispositivos de participação da população nas estruturas gerenciais de serviços de saúde e desenvolvem estratégias de democratização para os processos de planejamento. Atualmente existe uma aproximação da ideia de participação popular com a ideia de controle da população sobre as ações do Estado. O trabalho pretende comparar as experiências de mecanismos e dispositivos de democratização da saúde implantados em duas instituições do sistema de serviços de saúde que são: Grupo Hospitalar Conceição, no Brasil, e Azienda Unitá Sanitaria Locale de Ravenna, na Itália. Entende-se o conceito de sistemas de serviços de saúde aqui utilizado como o conjunto de ações e serviços estatais, conveniados e ou contratados pelo poder público para atender as necessidades assistenciais de saúde de uma população e ou um determinado território. O estudo apresenta uma breve contextualização sobre a participação da população nos serviços de saúde e das políticas nacionais e ou regionais sobre o tema, como também a descrição das estratégias, mecanismos, dispositivos, mudanças e inovação encontradas nas estruturas de saúde. Buscou embasamento, para melhor compreender, na metodologia de estudos comparativos de sistemas de serviços de saúde identificando semelhanças, diferenças ou relações entre fenômenos que tanto podem ser contemporâneos e ocorram em espaços distintos ou não. Para realizar a análise foram destacados alguns destes mecanismos de participação de ambas as instituições, suas normas legais, contexto e observado a existência de permeabilidades para inovações relacionadas a democratização na gestão e capacidade de expressão dos diferentes grupos de interesse.

Palavras-chave: Sistemas comparados de saúde. Saúde internacional. Brasil. Itália. Sistema de Saúde.

---

[1] Enfermeira, Mestre em Gestão e Políticas em Saúde. Assistente de Coordenação de Ensino e Docente do Centro de Educação Tecnológica e Pesquisa do Grupo Hospitalar Conceição. Endereço: Av. Francisco Trein 596, Bairro Cristo Redentor, Porto Alegre, RS, CEP: 91350-200. e-mail: martafert@hotmail.com.

[2] Médico, Doutor em Educação. Professor Adjunto da Escola de Enfermagem na Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Endereço: Rua São Manoel, 963 Bairro: Rio Branco. CEP: 90620-110. e-mail: alcindoferla@uol.com.br.

1 INTRODUÇÃO

O tema da participação da população nas políticas sociais e, em particular, no acompanhamento dos serviços de saúde não é novo. Nos últimos 30 anos, em diversos períodos da história e em diferentes países, entre eles a Itália e o Brasil, a implantação de políticas públicas vem adotando mecanismos e dispositivos de participação da população, bem como desenvolvendo estratégias de democratização para os processos de planejamento e gestão (FERLA et al., 2009).

No caso do sistema de saúde brasileiro, a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), na Constituição Federal Brasileira de 1988, definiu no artigo 196: que "A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantindo mediante políticas públicas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação" (BRASIL, 2000). O SUS para sua implantação, regulação e execução conta também com duas leis complementares: Lei n° 8080, de 19/09/1990, e a Lei n° 8142, de 28/12/1990, onde são criados Conselhos de Saúde e Conferências de Saúde nos âmbitos municipal, estadual e nacional.

No caso do sistema de saúde italiano, a criação do Serviço Sanitário Nacional (SSN) acontece no final dos anos 70, Lei nº 833/1978, adotando o modelo universalista previsto na constituição Italiana de 1947, conforme Artigo 32, que atribuiu à República o dever da tutela a saúde "como direito fundamental do indivíduo e de interesse da coletividade"(REPUBBLICA ITALIANA, 2010a). No início da década de 90, através de Decretos Legislativos, acontece a chamada "reforma orgânica", que define um novo modelo organizacional de empresa sanitária ("Azienda sanitaria") que fortaleceu a regionalização do sistema de serviços de saúde (UNITÀ SANITÁRIA LOCALE DI RAVENNA, 2010a).

Após sucessivas reformas no sentido da organização dos serviços, o sistema de saúde italiano, em 2000, realiza a reforma da integração sociossanitária, concretizada através da "Lei Quadro para a realização do sistema integrado", conforme Lei Nacional n°. 328, de 08/11/2000. Estas mudanças contribuíram para a reorganização e integração do sistema de seguridade social e de saúde, e potencializaram a regionalização dos serviços promovendo maior autonomia para as regiões. Neste contexto a Região da Emília Romana destaca-se pela experiência de implantação de mecanismos de participação social nos serviços de saúde (SERAPIONE, 2001).

Em ambos os países, para realização do estudo de comparação de casos sobre participação nos serviços de saúde, busca-se a experiência de instituições de grande relevância: o Grupo Hospitalar Conceição, no Brasil, e a Azienda Unità Sanitaria Locale de Ravenna, na Itália, por entender que as duas permitem identificar dispositivos de participação, semelhanças e diferenças em relação às estratégias utilizadas, compreendendo potencialidades e desafios à participação.

No Brasil, o Grupo Hospitalar Conceição (GHC) desde 2003, vivencia um processo de mudança de modelo organizacional. Este processo inseriu entre as diretrizes estruturantes da instituição a integralidade da atenção centrada na pessoa e suas necessidades e a democratização da gestão e da atenção, definindo estratégias e dispositivos para sua implementação. Estas diretrizes foram concretizadas através de diferentes fóruns de participação: o Conselho de Administração, o Conselho Gestor do GHC, o Plano de Investimento Institucional Participativo (PI), os Colegiados de Gestão e a Mesa de Negociação Sindical.

Na Itália a Azienda Unità Sanitaria Locale di Ravenna (AUSLRA), desde 2004 definiu entre suas diretrizes institucionais a integralidade da atenção centrada na pessoa e suas necessidades e a democratização da gestão com participação. Estas diretrizes aparecem na implantação de dispositivos e estratégias como: Colégio Sindical, Colégio de Direção, Colégio de Profissionais de saúde, Comitês Consultivos Mistos, Comitês de Departamento e Comissão de Governo Clínico (AZIENDA UNITÀ SANITÁRIA LOCALE DI RAVENNA, 2010a).

A pesquisa que embasa o presente artigo teve como objetivo identificar e descrever os mecanismos de participação social na saúde, contextualizando as políticas existentes no Sistema de Saúde do Brasil e no Sistema de Saúde da Região da Emilia-Romana, na Itália, além de conhecer como acontece a participação social na saúde: os mecanismos existentes, sua implantação e em quais espaços. Também compõe o escopo de objetivos do estudo identificar quais atores sociais participam destes espaços. O artigo estrutura-se em duas partes: uma primeira apresenta o contexto dos sistemas de saúde e da participação social nos dois países e a parte seguinte apresentará os dados da análise comparada propriamente dita, a partir de uma metodologia adaptada para o presente estudo.

2 A PARTICIPAÇÃO SOCIAL NOS SISTEMAS DE SAÚDE

A participação da população nos serviços de saúde e nas políticas nacionais e regionais, bem como a descrição das estratégias, dispositivos, mudanças e inovação encontradas nas estruturas de saúde dos dois países, necessitam de uma breve contextualização. Na atualidade, há uma aproximação da ideia de participação popular com a ideia de controle da população sobre as ações do Estado. A análise neste item pretende destacar alguns planos que incluem o sentido atribuído à participação, as normas legais gerais, as normas administrativas específicas, os padrões históricos e a capacidade de expressão dos diferentes grupos de interesses, conforme aponta Côrtes (2007, p. 128):

> O estudo das características institucionais evidencia-se nas determinações legais, nas normas administrativas editadas em cada área de política pública e nos padrões históricos de organização político-administrativa e de relações dos gestores públicos com os diferentes grupos sociais cujos interesses estão afetos à área.

A criação do Sistema Único de Saúde (SUS) estabeleceu a participação da população na gestão setorial como uma diretriz. A Lei Federal n° 8142, de 28/12/1990, define que essa diretriz seria operacionalizada principalmente por meio dos Conselhos e das Conferências de Saúde (BRASIL, 2000). O Estado, nesse caso, torna-se o objeto do controle, que é exercido pela população. Conselhos e Conferências de Saúde devem ter, por definição legal, metade dos participantes representando a população organizada e a outra metade representando os trabalhadores de saúde, os gestores e os prestadores de saúde.

Os estudos sobre a efetividade desses dispositivos demonstram a variação na capacidade de vocalização dos diferentes grupos sociais e de interesse, com predomínio dos gestores e de algumas corporações de profissionais e prestadores de serviço, a tecnificação das pautas dos fóruns de participação e o esvaziamento de muitos deles. Ao mesmo tempo em que são visíveis inovações na organização dos sistemas locais, em particular em instituições em que há sensibilidade política dos dirigentes, ainda são reconhecidos limites na institucionalização efetiva da participação no país como um todo (CÔRTES, 2009). Ou seja, há visíveis avanços no aspecto legal e normativo, na criação de mecanismos e dispositivos de participação e em experiências isoladas de seu exercício, mais do que na participação como uma realidade concreta, mas a diretriz legal do sistema ainda não está plenamente implantada no país como um todo.

No caso da Itália, o processo de reformas iniciou-se no final da década de 1970 e os registros legais também evidenciam a ampliação de espaços de participação da população,

principalmente em relação ao direito a informação e à necessidade de transparência do Estado. Neste processo de mudança e reorganização do Sistema Sociossanitário Italiano tem destaque a ideia da participação, que é implantada nas diferentes Regiões da Itália, como o caso da Região da Emilia Romana onde parte da inovação ocorreu na implantação de dispositivos de participação social, entre eles os Comitês Consultivos Mistos (CCM), que possuem dentre seus objetivos o monitoramento da qualidade dos serviços de saúde e a participação na gestão. Os Comitês apontam propostas locais de melhoramento para o sistema de serviços de saúde, dando voz às associações e aos grupos organizados da sociedade civil, buscando a garantia de que o sistema de serviços corresponda às exigências de saúde da população.

3 ANÁLISE COMPARADA: OS SISTEMAS DE SAÚDE DO BRASIL E DA ITÁLIA

O conceito de sistemas de serviços de saúde é utilizado aqui em conceito distinto do conceito de sistemas de saúde. Entendendo por sistema de serviços de saúde as ações e serviços estatais, conveniados e ou contratados pelo poder público para atender as necessidades assistenciais de saúde de uma população e ou um determinado território que opera segundo diretrizes do componente público, quando formalmente vinculada a ele. O sistema de saúde inclui o componente da atenção, mas o supera, com ações de gestão, articulação intersetorial, políticas de financiamento, estratégias de interação com a sociedade civil, entre outras (FERLA et al., 2009).

Para o estudo que embasa o artigo, aplicou-se uma metodologia de análise comparada, de caráter descritivo, que inclui a descrição do contexto dos sistemas de saúde: as reformas recentes, o contexto normativo, a organização do sistema de saúde e de serviços, as estratégias de participação social na gestão, conforme proposto por Conill (2006). Os casos em estudo também são tratados com uma abordagem de análise descritiva: caracterização das instituições, principais indicadores e caracterização da participação social. Inicia-se a apresentação dos resultados com a caracterização dos sistemas de saúde nos dois países.

3.1 O sistema de saúde no Brasil: o contexto e as reformas recentes

O sistema de saúde brasileiro teve, na Constituição de 1988, o marco legal da última grande reforma, associada a um intenso processo de participação da população, na 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em março de 1986. Os temas que discutiram as diretrizes gerais da política de saúde e temas específicos como a descentralização e a integralidade dos serviços de saúde, a participação popular e o controle social, tiveram destaque nessa Conferência e constituíram-se em diretrizes para o SUS na Constituição brasileira de 1988. A definição legal não se constituiu em plena efetivação e no processo de implementação os temas da composição paritária, da democratização da informação e comunicação em saúde e a formação de uma cultura mais densa de participação é reiterada em diferentes instrumentos legais. Além da implementação no sistema como um todo, também tem sido demandada a criação

e institucionalização de novos mecanismos de participação e controle nos serviços de saúde, ampliando para o cotidiano dos mesmos a inovação percebida no sistema de saúde como um todo. Segundo o Relatório Final da 12ª Conferência Nacional de Saúde:

> O controle social e a gestão participativa no SUS contribuem para a ampliação da cidadania, identificando o usuário como membro de uma comunidade or-ganizada com direitos e deveres, diferente de uma mera visão de consumidor de bens e serviços (CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 2003, p. 101).

O Plano Nacional de Saúde reforça essa disposição, propondo o conceito de gestão participativa como marca para as estruturas do SUS, a exemplo do próprio Ministério que, em 2003, criou a Secretaria de Gestão Participativa. Neste Plano, foram definidas as diretrizes e prioridades para o período de 2004 a 2007, e a ampliação da participação de trabalhadores e usuários na gestão dos serviços ficou entre as prioridades (BRASIL, 2004). No Estado do Rio Grande do Sul foi criada, já em 1999, uma política para hospitais que, entre outros dispositivos para a mudança nessas instituições, previa a criação de mecanismos de participação dos usuários e trabalhadores na gestão (FERLA; CECCIM; PELEGRINI, 2003). Essa disposição teve forte protagonismo do Conselho Estadual de Saúde, que apregoava a criação de Conselhos Gestores em todos os serviços como condição de ampliação do financiamento, e gerou grande resistência dos hospitais filantrópicos e privados.

No caso dos hospitais brasileiros, a política específica elaborada pelo Ministério da Saúde, que foi divulgada no ano de 2004, corrobora essa disposição. A análise que embasa essa política aponta uma situação complexa de crise composta por diversas dimensões (organizacional, assistencial, política, social, financeira, ensino e pesquisa). Entre as ações propostas pelo Ministério da Saúde, no âmbito da política específica para as mudanças nesse contexto, está a democratização da gestão e a criação de mecanismos de participação e controle social (BRASIL, 2004). A Política Nacional de Humanização do SUS, apresentada no mesmo período, também aponta a necessidade de implantação de dispositivo para a inclusão dos usuários e dos trabalhadores na atenção e gestão dos serviços, definindo a gestão participativa, a informação e comunicação com transparência como dispositivos de humanização para o funcionamento das dos serviços de saúde.

3.2 O sistema de saúde na Itália: o contexto italiano e as reformas recentes

O sistema de saúde Italiano tem, na Constituição de 1947 (REPUBBLICA ITALIANA, 2010b), o marco legal da última grande reforma constitucional, onde seu Artigo 32 consta: "a tutela da saúde como direito fundamental do indivíduo e interesse da coletividade" e aponta a garantia do respeito para com a dignidade e a liberdade da pessoa humana. Mas foi somente em 1978 que acontece a verdadeira reforma constitucional para a saúde com a criação do Serviço Sanitário Nacional (SSN), através da Lei n° 833/78, que rompe com o modelo mutualista e defini os seguintes princípios doutrinários para o SSN: universalidade, solidariedade e fornecer assistência a todos os cidadãos sem distinção de gênero, residência, idade, renda e trabalho. E, para a organização do SSN define os seguintes princípios fundamentais: Responsabilidade pública da tutela da saúde; Universalidade e equidade de acesso ao serviço de saúde; Universalidade de cobertura com base na necessidade assistencial de cada um conforme previsto no nível essencial de assistência; Financiamento público através da fiscalização geral e Portabilidade do direito em todo o território nacional e reciprocidade de assistência em outra região.

Durante a implantação do SSN, na década de 80, assim como em outros países do mundo, a Itália passava por inúmeras dificuldades econômicas e vivenciou inúmeros desafios. Neste contexto, em 1992, realiza-se uma segunda reforma chamada de reforma orgânica que, através do Decreto Legislativo n° 502/92, define um novo modelo organizacional de empresa sanitária (Azienda Sanitaria) e estabelece princípios organizativos que promoveram o fortalecimento da regionalização da atenção e a reorganização do sistema de serviços de saúde. Dentre estes princípios destaca-se a regionalização dos serviços com integração e participação. (REPUBBLICA ITALIANA, 2010c)

Nos anos 90 ocorreram sucessivas reformas no sentido da organização do sistema de serviços de saúde, mas somente no final da década, aparecem propostas de mudanças para as políticas públicas. Na Itália, em 2000, foi realizada uma nova reforma, chamada "reforma da integração sociossanitária", que consolidada através da "Lei Quadro para a realização do sistema integrado" (Lei Nacional n° 328 de 08/11/2000) (REPUBBLICA ITALIANA, 2010d). Estes processos de mudança e a integração do sistema sociossanitário, produziram um novo significado para a organização e funcionamento do sistema de serviços de saúde, oportunizando a criação de espaços de participação e fortalecimento dos municípios e autoridades locais.

A Região da Emília-Romana, dentre as diferentes Regiões italianas, destaca-se pelas iniciativas de democratização da gestão e da atenção, principalmente pela implantação de

dispositivos de participação social. No ano de 2004, através da Lei Regional n° 29/2004, a Região estabelece normas gerais de organização e funcionamento do serviço sanitário, que reafirmaram os princípios de universalidade, equidade e integralidade; e também definiram a participação e transparência como elementos fundamentais da atenção e da gestão em saúde. Dentre as iniciativas mais recentes está o processo de Planejamento tri anual, ou seja, o Plano Sociossanitário 2008-2010, que contempla a participação de diferentes sujeitos e estruturas na sua elaboração, no monitoramento e avaliação, pactuando ações e metas, com o objetivo de melhorar a qualidade de vida da população (REPUBBLICA ITALIANA, 2009).

Estes princípios e diretrizes acontecem na região através da existência de espaços e dispositivos de participação formal como o Comitê de Política Sociossanitária, o Comitê Distrital e a Conferência Territorial Social e Sanitária, apresentados a seguir conforme descrito no Relatório do Serviço Sanitário de 2009:

> **Comitê de Política Social e Sanitária** é composto por: Conselho Regional de Políticas Saúde e Política Social, Presidentes das Conferências Regionais Sociossanitárias, Prefeitos dos municípios, e provinciais, os Presidentes das Províncias no caso de não serem Presidentes do CTSS - ou os seus delegados. Tem como competência a comparação e integração entre Autoridades regionais e locais, atividades de orientação e decisão no confronto com o Conselho Regional.
>
> **Comitê Distrital** é composto por: Prefeitos dos Distritos ou os seus delegados e Diretor Distrital. Tem como função ou competência o Planejamento e pro-gramação da política de saúde e bem-estar social; a programação do Fundo e a programação para a eficiência e não auto suficiência; Definição e atualização das normas para o funcionamento e avaliação do sistema integrado dos serviços e definição dos Investimentos.
>
> **Conferência Territorial Sociossanitária (CTSS)** composta por: Presidente da Província, Prefeito do município sede da AUSL, Reitor da universidade (limitado a questões de seu interesse ou seus delegados), Diretores das AUSL. Compete a CTSS a formulação de diretrizes para planejamento par-ticipativo dentro do distrito e a integração das políticas setoriais; opinar sobre as atividades das AUSL; a promoção de saúde, o controle e avaliação do funcionamento da rede de serviços sociais e de saúde.

3.3 O Grupo Hospitalar Conceição e a Azienda Unità Sanitária Locale de Ravena: as estratégias de participação social

3.3.1 O Grupo Hospitalar Conceição e o processo de mudança institucional

O Grupo Hospitalar Conceição (GHC) é uma instituição pública, federal, formada por um complexo de serviços de saúde, com a assistência 100% voltada para o SUS, localizada na cidade de Porto Alegre, no estado do Rio Grande do Sul e atua de forma integrada com os demais serviços locais e regionais de saúde. A rede de serviços do GHC é constituída por quatro hospitais: Nossa Senhora da Conceição, Criança Conceição Cristo Redentor e Fêmina; um ambulatório de especialidades clínicas e cirúrgicas; doze unidades de saúde da família e comunidade e três centros de atendimento psicossocial, e, mais recentemente, um Centro de Educação Tecnológica e Pesquisa em Saúde (Escola GHC).

Seus princípios gerenciais estão em consonância com as políticas do SUS que preconizam a descentralização, a integralidade da atenção e a participação democrática da sociedade. Estas diretrizes ressaltam a importância da integração da gestão e da atenção à saúde, bem como a formação de pessoas nos processos de inovação e ampliação assistencial, através da promoção da cidadania, da inclusão e da justiça social (BRASIL, 2007a).

A missão do GHC é desenvolver ações de atenção integral à saúde para a população, com excelência e eficácia organizacional, através de seus trabalhadores e dos seus recursos tecnológicos e humanos, programas de ensino e pesquisa, atuando em parceria com outras entidades, fortalecendo o SUS e cumprindo, assim, a sua função social no sistema de saúde. A instituição é um pólo de desenvolvimento tecnológico e disseminação de conhecimento, com a atenção, o ensino e a pesquisa colaborando na formação de trabalhadores para o SUS (BRASIL, 2009). Em relação à estrutura diretiva, cada uma das unidades conta com um corpo gerencial próprio, subordinado à holding denominada Grupo Hospitalar Conceição (GHC), cuja direção é composta por um Diretor Superintendente, um Diretor Técnico e um Diretor Administrativo-Financeiro, e o conjunto dos vinte e dois gerentes das unidades, constituem o fórum de gestores. A Instituição, por sua vez, submete-se ao Conselho de Administração, que tem a seguinte composição: dois representantes do Ministério da Saúde e um do Ministério do Planejamento, o diretores superintendente do GHC, um representante do governo federal e um representante dos trabalhadores eleito pelo voto direto.

A partir de 2003, com a posse da nova direção do GHC, uma das primeiras ações foi o estabelecimento junto ao novo grupo gerencial das diretrizes que passaram a contribuir mais decisivamente no processo de mudanças internas da instituição para a consolidação do SUS. Em 2007, período formal de vigência dos mandatos, uma nova gestão assume e reafirma as diretrizes anteriores e acrescente uma nova, com a aprovação de todas as instâncias diretivas da Instituição. Conforme os documentos oficiais (BRASIL, 2007a) as Diretrizes Institucionais do GHC para o quadriênio 2007/2010, são:

> **I. Integralidade da Atenção –** a pessoa é o eixo central da atenção à saúde o que implica em trabalho em equipe, continuidade no cuidado, acolhimento, humanização, vínculo, responsabilização e resolutividade;
>
> **II. Democratização da Gestão –** o protagonismo dos trabalhadores em saúde e da sociedade é peça fundamental e estruturante na Gestão do GHC;
>
> **III. Operação Sistêmica Interna (GHC) e Externa (Sistema) –** o GHC assu-me um papel propositivo na agenda de organização do SUS, direcionando e reorganizando serviços conforme as necessidades de saúde da população, com a otimização e qualificação da sua capacidade interna; bem como efetuando a articulação e integração com todos os entes federados com base na intersetorialidade das ações;
>
> **IV. Pólo de Formação e Pesquisa –** comprometimento com a formação de estudantes e profissionais, a especialização para o SUS, a pesquisa e a pro-dução de inovações nas diversas áreas da saúde;
>
> **V. Reestruturação Institucional –** redimensionamento assistencial e da ca-pacidade instalada, implementação da nova estrutura jurídico-institucional, organizacional e, a partir desta, um Plano de Carreira, Empregos e Salários, que valorize os trabalhadores e o trabalho em saúde do GHC. A ressignificação do trabalho como elemento de resgate da autoestima, de valorização do trabalho e de inclusão dos trabalhadores nos processos de decisão;
>
> **VI. Eficiência e Eficácia Organizacional –** a gestão, os trabalhadores de saúde e os recursos (tecnológicos, financeiros, etc.) devem estar voltados à atenção à saúde das pessoas. A eficiência administrativa (fazer mais com menos dinheiro) e a eficácia na atenção (usuário atendido com qualidade e resolutividade) são os pilares de sustentabilidade política, econômica e assis-tencial do GHC.

Segundo a proposta construída a partir de 2003 e reafirmada em 2007 (BRASIL, 2007b), a democratização da gestão, operacionalizada principalmente por meio da decisão de ter os trabalhadores e a sociedade civil na condução dos destinos do GHC, passou pela criação de mecanismos, dispositivos e espaços de participação, tais como:

- Ampliação na composição do Conselho de Administração, incluindo a participação do Gestor Estadual e Municipal, da sociedade civil (Conselho Estadual de Saúde) e de representante dos trabalhadores do GHC eleito por sufrágio dos trabalhadores;
- Criação do Fórum dos Trabalhadores para a definição de prioridades de investimentos, onde

cada unidade, e serviços elegem seus representantes, com a finalidade de discutir, preparar e acompanhar o Plano de Investimento Anual e outros assuntos de interesse na Instituição;

• Estabelecer um fórum permanente de negociação entre a direção e os trabalhadores do GHC, para discutir sobre direitos/deveres dos trabalhadores, direitos/deveres dos usuários e, ainda, a necessidade de adequar os interesses dos trabalhadores as atividades finalísticas do SUS, consubstanciadas na prestação de serviços de qualidade aos usuários;

• Criação do Conselho Gestor (CG) do GHC considerando o princípio constitucional da participação da comunidade na gestão do SUS e a necessidade de obedecer aos princípios do SUS;

• Constituir colegiados de gestão por serviço com planejamento anual e monitoramento por metas pactuadas;

• Criação de mecanismos de avaliação de desenvolvimento individual e institucional, com planejamento anual por metas pactuadas nos diferentes colegiados de gestão e com participação dos trabalhadores através de colegiados dos serviços.

Especificamente em relação ao Conselho Gestor, a proposta de criação, foi aprovada em plenária pelo Conselho Municipal de Saúde da cidade de Porto Alegre com o caráter permanente e deliberativo em sua área de abrangência. A sua composição acontece de forma tripartite e paritária, com cinquenta por cento de representantes usuários (Sociedade civil organizada), vinte cinco por cento de representantes da Administração Pública e vinte cinco por cento de representantes dos trabalhadores da saúde através da representação associativa e sindical; totalizando vinte e oito membros titulares e vinte e oito membros suplentes.

Atribui-se ao contexto relatado o conceito de inovação, com base nas formulações de Boaventura Santos (apud FERLA; CECCIM; PELEGRINI, 2004), como o tensionamento, a ruptura ou a transição de paradigma. No caso da gestão hospitalar, descentralização, porosidade à participação dos trabalhadores, integração à rede de serviços e integralidade como desafio à modelagem assistencial podem ser classificados como ideias-força inovadoras (FERLA; CECCIM; PELEGRINI, 2004). A Criação do Fórum dos Trabalhadores do GHC para a definição de prioridades de investimentos, chamado de PI serve de ilustração como exemplo de inovação que na gestão dos serviços rompeu paradigmas e mostrou uma instituição com porosidade para inovações.

3.3.2 A Azienda Unità Sanitária Locale di Ravena e o processo de mudança

A Azienda Unità Sanitaria Locale de Ravena (AUSLRA) é uma instituição de saúde de personalidade jurídica pública com autonomia administrativa e contábil, com órgãos próprios de direção, assessoria e controle, possui responsabilidade pelo planejamento, organização, funcionamento e gestão dos serviços de saúde presentes no território de sua competência. Localizada na Província de Ravena, na Região da Emília-Romana; tem sua estrutura organizada em uma Direção Geral, três departamentos e três Hospitais a seguir nominados: Departamento de Saúde Pública; Departamento de Atenção Primária, Departamento de Saúde Mental, Hospital de Ravena; Hospital de Lugo e Hospital de Faenza. A AUSLRA foi instituída por deliberação da Junta Regional n° 2450 de 07/06/1994, tem como responsabilidade realizar suas atividades no território da província de Ravena, subdividido em dezoito municípios, articulados em três distritos territoriais: Ravena, Lugo e Faenza. (AZIENDA UNITÀ SANITÁRIA LOCALE DI RAVENNA, 2010a).

Em relação à estrutura diretiva está composta por um Diretor Superintendente, um Diretor Sanitário, um Diretor Administrativo e um Diretor de Atividade Sociossanitária e três Diretores Distritais: Ravena, Lugo e Faenza, três Diretores dos Hospitais e dirigentes dos departamentos. Possui também outras instâncias colegiadas de relevância estratégica e organizativa com diferentes funções e poderes, são elas: Colegiado Sindical, Colegiado de Direção, Colegiado de Profissionais de Saúde, Comitês Consultivos Mistos, Comitês de Departamento e Comissão de Governo Clínico (AZIENDA UNITÀ SANITÁRIA LOCALE DI RAVENNA, 2010a).

Desde 1994, na Região Emília Romana, foram estruturados os Comitês Consultivos Mistos (CCM), considerados uma estratégia de democratização e um dispositivo privilegiado de controle e avaliação da qualidade do sistema de serviços de saúde por parte dos cidadãos/usuários dos serviços. Nos últimos anos, na Região da Emília-Romana, a participação no Plano de Sociossanitário e nos CCM, tem auxiliado e garantido melhorias da qualidade dos serviços e transparência por parte da gestão, quanto as ações e resultados propostos, através de informações ágeis e seguras, e adoção de uma política de comunicação ampla e inclusiva (REPUBBLICA ITALIANA, 2005b). O CCM encontra-se organizado com três CCM Territoriais (Ravena, Faenza e Lugo) e um CCM para área de psiquiatria de adultos e neuropsiquiatria infantil. Tem sua atuação orientada pelos objetivos abaixo listados, conforme consulta no site da AUSLRA, dia13/03/2010:

- Empenho pela tutela dos direitos dos cidadãos;
- Colaboração com a AUSL através do controle da qualidade em particular para o melhoramento do acesso aos serviços;
- Promover o monitoramento e avaliação da qualidade dos serviços por parte do usuário;
- Expressar a opinião, e avaliar apontado os problemas e as ações de melho-ramento;
- Colaborar com a AUSL para a adequação da estrutura e da prestação de serviços conforme a exigência do cidadão;
- Verificar os parâmetros de qualidade a partir da perspectiva do usuário.

A composição possui a representação dos usuários, trabalhadores, gestores e um apoio técnico especializado. Totalizando vinte e oito participantes, sendo quinze representantes de grupos de voluntariado e sociedade civil organizada, dez representantes da AUSL e autoridades locais e três convidados permanentes com papel de suporte técnico especializado (AZIENDA UNITÀ SANITÁRIA LOCALE DI RAVENNA, 2010b).

Observou-se, na palestra ministrada pelo Diretor Superintendente, Senhor Tiziano Carradori, dia 21 de janeiro de 2010, e no material apresentado, na ocasião (normas, deliberações, regulamentos e demais informações disponibilizadas), a existência de outras ações que demonstram iniciativas de implantação de processos de democratização da gestão e participação dos profissionais, e demais trabalhadores. Dentre estas iniciativas destaca-se o Plano de Formação para a qualificação dos trabalhadores e o programa de capacitação de delegados para participação do CCM e da Conferência Territorial Sociossanitária.

4 DISCUSSÃO E RESULTADOS

O estudo aqui apresentado procura identificar e descrever os mecanismos de participação social na saúde, no Grupo Hospitalar Conceição, no Brasil e na Azienda Unità Sanitaria Locale de Ravenna, na Itália, e para melhor compreende-los buscou embasamento na metodologia de estudos comparativos de sistemas de serviços de saúde proposta por Conill (2006), procurando semelhanças, diferenças ou relações entre fenômenos que podem ser contemporâneos ou não, que ocorram em espaços distintos ou não.

Pode-se constatar, que ambos os sistemas, apresentam semelhanças desde sua criação tratando-se de políticas sociais voltadas à participação e existência de mecanismos de democratização e participação na área da saúde. Verifica-se este compromisso através da inclusão, nas duas Constituições e suas Leis regulamentadoras (1978/Itália e 1988/ Brasil), que definem para o Estado o dever da tutela a saúde "como direito fundamental do indivíduo e de interesse da coletividade". Ambos os sistemas de saúde instituíram o modelo universalista, e adotam como princípios e diretrizes a universalidade, equidade, igualdade de acesso, gratuidade, integralidade, e democratização. A existência de mecanismos de participação social na saúde foi identificada em ambos os sistemas e concretizam-se em diferentes espaços e fóruns de participação:

No caso do sistema de saúde brasileiro, (Sistema Único de Saúde), entre os mecanismos de participação previstos pela legislação encontram-se os Conselhos de Saúde (Nacional, Estaduais e Municipais), nestes para fins de implantação a regulamentação e normatização define a participação dos usuários, trabalhadores e gestores de forma tripartite e paritária, onde predomina a representação dos usuários com cinquenta por cento e dos demais com vinte por cento cada.

No caso do sistema de saúde italiano, entre os mecanismos de participação previstos pela legislação encontram-se os Comitês Consultivos Mistos (CCM), nestes para fins de implantação, assim como no modelo brasileiro, existe apoio legal com regulamentação e normatização. Observa-se que os CCM, quanto a sua composição, a paridade não está destacada como de relevância para seu funcionamento, mas sim a integração das autoridades e dos trabalhadores organizados pelas profissões, ou seja, no mesmo grupo de representação do voluntariado encontram-se representados usuários/cidadãos e trabalhadores organizados em associações, um

pouco maior de 50% e a representação dos gestores um pouco menor de 50% incluindo neste segmento os convidados permanentes (grupo técnico).

Outro mecanismo estratégico presente nos dois sistemas são as Conferências de Saúde, onde aparecem como um dispositivo de planejamento, necessário e exitoso, principalmente na definição de diretrizes, elaboração dos planos de saúde, orientação e avaliação dos sistemas de serviços de saúde. Na composição quanto aos participantes das conferências constata-se, no caso brasileiro, assim como nos conselhos de saúde, que a representação dos usuários/cidadãos segue o critério paridade. Na experiência brasileira encontramos potencializada apesar de conflituosa a escuta por parte todos envolvidos (usuário/cidadão, trabalhador e gestor), e um número maior de participação do segmento usuário, ou seja, a conferência é um dispositivo que favorece o diálogo e a pactuação, assim como o controle da população sobre o estado e o sistema de saúde.

No caso da experiência italiana, a composição dos participantes, assim como nos CCM, aparenta priorizar a representação do conjunto de autoridades locais, o que pode indicar uma preocupação com espaços de integração e planejamento pactuado, ou seja, a conferência aparece como um potente dispositivo de integração e pactuação entre os gestores, mas não demonstra a mesma potência para a participação da sociedade, uma vez que são reduzidas ou nulas as possibilidades de inserção de usuários nesses fóruns. Essa participação ocorre como manifestação de opiniões através de pesquisas de opinião e ouvidorias.

Com relação à permeabilidade às decisões e deliberações, dos diferentes fóruns e colegiados existentes em ambas instituições, identifica-se existir alguma porosidade a iniciativas democráticas na gestão. Também observa-se a presença de mecanismos participativos para incorporação de inovações tecnológicas ou novas tecnologias.

No GHC os colegiados na sua composição estão organizados por equipes multidisciplinares, ou seja, participam destes espaços todos os trabalhadores do setor e ou delegados representantes dos serviços. Também possui comissões técnicas específicas que atuam como instrumentos estratégicos de apoio à gestão da atenção. Na AUSL RA os colegiados estão organizados por grupos de profissionais preferencialmente com formação universitária e mesma área ou aqueles com maior potencialidade no apoio à gestão da atenção através de consultorias técnicas. Os demais fóruns são Colegiados de Direção constituídos por gestores dos serviços ou representação de autoridades locais.

Ambas instituições apresentam entre suas diretrizes a ressignificação do trabalho como elemento de resgate da autoestima, valorização do trabalho e de inclusão dos trabalhadores nos

processos de decisão, e também possuem programas e políticas de educação permanente e qualificação para os trabalhadores.

O GHC oferece diferentes espaços de participação, nos quais a normatização e regulamentação destes espaços necessitam de aperfeiçoamento. A diversificação de dispositivos encontrados e a participação de diferentes sujeitos, bem como a inovação do planejamento dos investimentos compartilhado por usuários, trabalhadores e gestores mostram a potencialidade e compromisso com a democratização da gestão e da atenção ofertada. A AUSLRA, também possui diferentes espaços de participação nos quais encontra-se a valorização de estruturas formais, orientadas por normas e regulamentos de funcionamento e organização dos processos. Observa-se aparentemente dificuldade de constituir espaços e dispositivos mais diversificados ou que contemple a participação dos diferentes sujeitos implicados com os usuários, trabalhadores e gestores.

Ambas as instituições tem a transparência como diretriz e apostam na Informação como dispositivo estratégico para a gestão. Nota-se que os dados e estatísticas estão disponíveis nos respectivos site, e a existência de diferentes materiais informativos e de comunicação como o Relatório Social, no GHC e o Balanço de Missão ("Bilancio di Missione"), na AUSL. Constatamos que estas ações demonstram a preocupação com uma política de comunicação inclusiva, com sensibilidades e olhares para a diversidade étnica, racial, cultural e de gênero existente no Brasil e na Itália. Cabe destacar que no material da AUSLRA os textos além do idioma italiano contemplam o idioma falado pelos imigrantes residentes no território. O material institucional do GHC apresenta a inclusão do contexto local e dos sujeitos implicados no processo, bem como a preocupação com a diversidade racial brasileira e as questões de gênero.

Constata-se que ambas as instituições inovaram com a inclusão de dispositivos de democratização e estratégias de transparência, o que no caso de gestão de serviços de sistemas de saúde pode-se perceber o compromisso dos gestores das instituições com a descentralização da gestão e implantação de mecanismos verdadeiros de participação social, ou seja, observa-se a existência de permeabilidades e flexibilidade para inovações relacionadas a democratização da gestão e da atenção na saúde.

REFERÊNCIAS

AZIENDA UNITÀ SANITÁRIA LOCALE DI RAVENNA. **Comitato Consultivo Misto (CCM)**. 2010. Disponível em: <www.ausl.ra.it.>. Acesso em: 13 mar. 2010b.

_____. **Azienda USL di Ravenna**. 2010. Disponível em: <www.ausl.ra.it.>. Acesso em: 12 mar. 2010a.

BRASIL. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. In: RIO GRANDE DO SUL. Secretaria de Estado da Saúde. **SUS é legal**: legislação federal e estadual. Porto Alegre: SES/CES, 2000.

_____. Lei n° 8.142/90: de 28 de dezembro de 1990. In: RIO GRANDE DO SUL. Secretaria de Estado da Saúde. **SUS é legal**: legislação federal e estadual. Porto Alegre: SES/CES, 2000.

_____. Ministério da Saúde. GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO. **Plano de Desenvolvimento Institucional de Ensino e Pesquisa do Centro de Educação Tecnológica e Pesquisa em Saúde do GHC**. Porto Alegre, 2009.

_____. Ministério da Saúde. **Plano Nacional de Saúde**: Portaria nº 2.607, de 10 de dezembro de 2004, que aprova o Plano Nacional de Saúde (PNS): um pacto pela saúde no Brasil. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria da Atenção à Saúde. **Reforma do sistema de atenção hospitalar brasileira**. Brasília, 2004.

CECILIO, L. C. de O.; MERHY, E. E. A integralidade do cuidado como eixo da gestão hospitalar. In: PINHEIRO, M.; MATTOS, R. A. (Org.). **Construção da integralidade**: cotidiano, saberes e práticas em saúde. Rio de Janeiro: IMS/UERJ; ABRASCO, 2003. p. 197-209.

CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 12., 2003, Brasília. **Relatório final...** Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

CONILL, E. M. Sistemas comparados de saúde. In: CAMPOS, G. W. S. et al. (Org.). **Tratado de saúde coletiva**. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2006. p. 563-613.

CÔRTES, S. M. V. Viabilizando a participação em conselhos de políticas públicas municipais: arcabouço institucional, organização do movimento popular e policy comminities. In: FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. **Políticas públicas no Brasil**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2007. p. 125-143.

CÔRTES, S. M. V. (Org.). **Participação e saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2009.

FERLA, A. A.; CECCIM, R. B.; PELEGRINI, M. L. M. Atendimento integral: a escuta da gestão estadual do SUS. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.). **Construção da integralidade**: cotidiano, saberes e práticas em saúde. Rio de Janeiro: IMS/UERJ–ABRASCO, 2003. p. 63-90

_____. Participação da população: do controle sobre os recursos a uma produção estética da clínica e da gestão em saúde. **PHYSIS**: Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 85-108, 2004.

_____ (Coord.). **Saúde suplementar nas regiões Norte e Sul**: estudos multicêntricos integrados sobre modelagem assistencial e integralidade do cuidado. Porto Alegre: UFRGS/ Escola de Enfermagem, 2009.

FERLA, A. A. et al. Mecanismos de participação em hospitais do Ministério da Saúde. In: CÔRTES, S. M. V. (Org.). **Participação e saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2009. p. 177-198.

GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO. **Plano Operativo GHC 100% SUS**. Porto Alegre, 2007a.

_____. **Relatório de Gestão 2007**. Porto Alegre, 2007b.

REPUBBLICA ITALIANA. Assemblea Legislativa. Regione Emília-Romagna. **Statuto della Regione Emilia-Romagna**. Legge regionale 31 de marzo 2005, n. 13. Italia: Assemblea Legislativa, 2005a.

_____. Costituzione (1947). **Costituzione della Repubblica Italiana**. Disponível em: <www.senato.it/istituzione/29375/131289/131307/131311/articolo.htm>. Acesso em: 10 mar. 2010b.

_____. **Decreto legislativo n° 502 del 30 dicembre 1992**. Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della L. 23 ott. 1992, n° 421. (G. U. Serie Generale , n. 305 del 30 dicembre 1992). Disponível em: <www.normativasanitaria.it/jsp/dettaglio.jsp?id=13209>. Acesso em: 10 de mar. 2010c.

_____. Legge n° 328 del 8 novembre 2000. Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali. **Gazzetta Ufficiale**, [S.l.], n. 265, 13 nov. 2000. Supplemento ordinario n° 186. Disponível em: <www.saluter.it/documentazione/leggi/nazionali/leggi/legge-n.-328-00>. Acesso em: 10 mar. 2010d.

_____. **Legge n° 833, del 23 dicembre 1978**. Instituzione del servizio sanitario nazionale. Disponível em: <www.normativasanitaria.it/jsp/dettaglio.jsp?id=21035>. Acesso em: 10 mar. 2010a.

_____. Regione Emília-Romagna. Assessorato Allá Sanità. **Comitatti consultivi misti (CCM) e promozione dalla participazione dei cittadini**. Circulare n° 3. Prottocolo n° ASS/DIR/o5/5365, 11 febbr. 2005b.

Categoria:

“Experiências Exitosas de Gestão Participativa em Municípios com até 50 mil habitantes”

ORÇAMENTO PARTICIPATIVO NOS TERRITÓRIOS DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA EM CARIRÉ/CE

Francisco Rosemiro Guimarães Ximenes Neto[1]
Daniele Tomaz Aguiar[2]
Antonio Rufino Martins[3]
Elmo Roberto Belchior Aguiar[4]

RESUMO

A participação popular com controle social no SUS, tem se efetivado em diversas instâncias e estratégias, seja na militância nos Conselhos ou Conferências de Saúde, ou em práticas de gestão participativa, a exemplo do orçamento participativo. Relatar: a experiência da realização do orçamento participativo na saúde no município de Cariré – Ceará. Estudo do tipo: relato de experiência, vivenciado em Cariré, de fevereiro a abril de 2009. A Experiência: o orçamento participativo foi realizado a partir de assembleias, em nove territórios da Estratégia Saúde da Família-ESF, nos espaços públicos – igrejas, escolas, salões paroquiais ou culturais, com a participação das comunidades, trabalhadores da saúde, lideranças comunitárias e políticos. O processo se dava da seguinte maneira: o Secretário da Saúde fazia uma rápida apresentação dos princípios do SUS e dos objetivos da assembleia. Por conseguinte, era fechado um pacto, em que a comunidade iria apresentar suas necessidades na forma de propostas, sendo que ao final todas seriam votadas, e as três mais preteridas seriam aquelas que o Prefeito, o Vice e o Secretário da Saúde iriam eleger como prioridades e assumir o compromisso de buscar sua resolução/efetivação. Dando continuidade, a comunidade elegia três sujeitos para acompanhar o desenvolvimento de suas prioridades. Ao final, era descrita uma ata, assinada por todos. O processo de elaboração do orçamento participativo na saúde contou com mais de mil cidadãos da comunidade. Dentre as prioridades estabelecidas, tem-se: construção de Centro de Saúde da Família; contratação de cirurgião dentista; correição de animais nos distritos; melhoria das estradas; disponibilização de veículos para o transporte de doentes da zona rural; água potável corrente; coleta regular de lixo na zona rural; construção/reforma de pontes dos rios. A realização das assembleias, com o orçamento participativo, permitiu que a gestão municipal ouvisse as necessidades da comunidade, sejam elas próprias do setor saúde ou não, e compreendesse os problemas para uma resolução mais ágil, compromissada e responsável. Para a comunidade

[1] Enfermeiro Sanitarista. Mestre em Saúde Púbica. Secretário da Saúde de Cariré, Ceará. Docente do Curso de Enfermagem da Universidade Estadual do Vale do Acaraú – UVA. E-mail: rosemironeto@gmail.com. Rua Dona Belarmina Rodrigues, 534, Centro, Cariré – Ceará, CEP – 62184-000.

[2] Enfermeira. Especialista em Saúde da Família. Coordenadora da Atenção à Saúde de Cariré, Ceará.

[3] Prefeito Municipal de Cariré, Ceará.

[4] Vice-Prefeito Municipal de Cariré, Ceará.

participar na definição e priorização de políticas e ações governamentais, o que vem a contribuir com o avançar do processo de consolidação do SUS e incluir a gestão participativa na agenda política municipal.

Palavras-chave: Orçamento Participativo. Participação Popular. Controle Social. Gestão Participativa.

1 INTRODUÇÃO

No ano de 1986, a crítica ao sistema vigente, a mobilização social e política em torno dos ideais do Movimento Sanitário Brasileiro convergiram à 8a Conferência Nacional de Saúde-VIII CNS, debatendo os seguintes temas: "Saúde como direito de cidadania", "Reformulação do Sistema Nacional de Saúde" e o "Financiamento do setor" (CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 1987).

Diversas lideranças do Movimento Sanitário, representados na VIII CNS, defenderam propostas para a organização do Setor Saúde, que aprovadas, foram incorporadas na Constituição Federal de 1988, com o reconhecimento de saúde como direito social e criação do Sistema Único de Saúde (SUS), nos Artigos 196 a 200.

A Constituição Federal de 1988 consolidou uma tendência na gestão pública setorial ao levar em consideração:

> "o reconhecimento da saúde como direito social, assegurado por meio do acesso universal e igualitário às ações e serviços de promoção, proteção e prevenção (Artigo 196); o estabelecimento de um novo paradigma para a ação estatal na área, ao determinar o atendimento integral, a descentralização político-administrativa e a participação comunitária (Artigo 198, I, III); o comprometimento financeiro pela criação de um orçamento público da seguridade social que sustente um conjunto integrado de ações capaz de "assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social" (Artigo 194); a unificação da ação pública pela definição do SUS como instância única da gestão pública responsável pela provisão universal, gratuita e integral das ações e serviços de saúde para promoção, proteção e recuperação da saúde (Artigo 196 e Artigo 198)" (COSTA, 2001, p. 308).

No ano de 1990, o SUS é regulamentado, mediante promulgação da Lei Orgânica da Saúde - LOS, a Lei Complementar nº 8.080/1990 (BRASIL, 1990a). Mesmo após ampla discussão entre Congresso Nacional e Movimento Sanitário, alguns artigos importantes da LOS foram vetados, dificultando a descentralização e democratização do setor saúde, foram posteriormente contemplados, em parte, na Lei nº 8.142/1990, que regulamentou a participação da comunidade por meio da criação das instâncias colegiadas de controle social, as Conferências de Saúde e os Conselhos de Saúde nas três esferas de governo – Municipal, Estadual e Federal, além das transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área de saúde (BRASIL, 1990b).

Com a criação do SUS e sua regulamentação pelas Leis nº 8.080/1990 e Lei nº 8.142/1990 incrementaram-se nos Estados e Municípios a criação, a implantação e a implementação de políticas, programas, projetos, serviços, ações e práticas de saúde individuais e coletivas.

Dentre as políticas demandadas após a instauração do arcabouço legal do SUS, a Estratégia Saúde da Família-ESF, criada em 1994, com a denominação de Programação Saúde da Família-PSF, devido ao seu crescimento quantitativo e qualitativo, aumento do número de equipes implantadas, do emprego público estatal, interiorização do trabalho em saúde, melhoria dos indicadores de morbidade e mortalidade, principalmente os materno-infantil e doenças e agravos de notificação, o PSF, em 1997, passa a política estratégica.

A universalização da atenção à saúde, garantida pelo SUS e, consequentemente, pela ESF, vem permitindo que milhões de brasileiros indígenas, pardos, pretos, miseráveis ou ricos, afortunados ou não, tenham acessibilidade e acesso ao Sistema Nacional de Saúde Brasileiro. A ESF é o modelo de atenção à saúde que resulta na maior inclusão social, política e econômica proporcionada a uma política sanitária brasileira.

Apesar do grande avanço da ESF e sua contribuição à melhoria dos indicadores de saúde e ao incremento da descentralização, Brêda e Augusto (2001) apontam que há uma dicotomia e uma tensão não superada entre o modelo biomédico e o modelo comunitário, integral e popular de atenção.

Em vivências nos territórios sanitários, percebe-se o convívio da ESF e suas práticas de promoção da saúde e de educação popular em saúde, com práticas hegemônicas, biologicistas, focadas na doença, em ações programáticas de saúde e na oferta organizada; de práticas gerente-centradas e outras com a participação de todos os trabalhadores de saúde e comunidade. No entanto, a gestão participativa cada vez mais tem se apresentado como um modelo de gestão apropriada aos territórios da ESF, buscando organizar o processo de trabalho da equipe com referência na gestão coletiva.

A gestão participativa para o Ministério da Saúde,

> […] é a participação ativa da sociedade na formulação, implantação e avaliação da política de saúde, ampliação de espaços públicos e coletivos sociais para o exercício do diálogo entre gestores do SUS e a população, negociação e pactuação entre as três esferas de governo e aprimoramento do controle social, além de permitir a construção de uma cultura de participação democrática na gestão de ações, serviços, redes e sistemas de saúde. Um estimulante desafio para a construção do SUS (BRASIL, 2006, p. 30).

De acordo com a Política Nacional de Humanização (PNH) é o modelo de gestão "centrado no trabalho em equipe, na construção coletiva (planeja quem executa) e em colegiados que garantem que o poder seja de fato compartilhado, por meio de análises, decisões e avaliações construídas coletivamente" (BRASIL, 2004, p. 7).

Para Campos (2000, p. 142) a gestão participativa é um "[...] sistema de co-gestão em que coubessem vários tipos de arranjos institucionais, ou várias modalidades de espaços coletivos, ou seja, várias rodas de análise e co-gestão. Isto tanto em instituições como em organizações, quanto em movimentos sociais".

Entendemos a gestão participativa em saúde como uma

> prática de gestão democrática, em que todos os agentes – gestores, trabalhadores de saúde, famílias, sujeitos e comunidades, e mesmo as instituições formadoras de saúde – de um determinado território sanitário, utilizando-se dos princípios da participação popular com controle social e da equidade, organizam-se para definir os caminhos a serem trilhados no território, a partir de um sistema de construção de consensos que contemple as opiniões e os interesses da coletividade, na tentativa de resolver os problemas/necessidades de saúde e planejar um futuro com vistas à qualidade de vida, numa perspectiva ecológica e desenvolvimento, exercício coletivo da cidadania integral (XIMENES NETO, 2007, p. 303).

Considerando as concepções de documentos oficiais (BRASIL, 2004; 2006), Campos (2000) e Ximenes Neto (2007), durante o processo de reorganização do Sistema Municipal da Saúde de Cariré, a partir de janeiro de 2009, utilizou-se do orçamento participativo como uma ferramenta de gestão participativa sanitária, para o planejamento das políticas, serviços e ações de saúde, construção do Plano Municipal da Saúde, e das Leis de Diretrizes Orçamentárias.

2 OBJETIVOS DA EXPERIÊNCIA

• Realizar o orçamento participativo da Secretaria Municipal da Saúde nos territórios da Estratégia Saúde da Família;

• Desenvolver práticas de gestão estratégica e participativa junto à comunidade, com ênfase ao setor Saúde;

• Dar uma maior legitimidade social ao processo de planejamento e a definição de políticas sanitárias;

• Aproximar as Gestões Pública e Sanitária Municipal das famílias, sujeitos e comunidades;

• Otimizar os recursos do SUS-Municipal.

3 APRESENTAÇÃO DA EXPERIÊNCIA

O município de Cariré, historicamente, vinha trabalhando com o conceito de saúde como ausência de doença, atenção centrada na cura, nos modelos biomédicos e hospitalocêntrico, apresentando sérias limitações na qualidade e diversificação das ações e serviços de saúde, em que nem todos os cidadãos possuíam direito ao acesso às consultas, exames, cirurgias e medicamentos. Os poucos profissionais da saúde com formação universitária centravam suas ações, prioritariamente, no Centro de Saúde da Sede. O sistema de referência apresentava-se limitado e era discriminatório, sendo agendados apenas as consultas, exames ou cirurgias especializadas dos aliados da gestão anterior, deixando uma enorme demanda reprimida. Os trabalhadores da saúde da zona rural, com pouca ou nenhuma formação, desenvolviam procedimentos incompatíveis para sua atividade profissional. A Atenção Primária à Saúde não era prioridade governamental (CARIRÉ, 2009).

No ano de 2008, durante a campanha eleitoral, os atuais gestores municipais – Prefeito e Vice-Prefeito, assumiram em sua plataforma de governo, o compromisso público de o Setor Saúde ser prioritário em sua gestão 2009 – 2012 e, adotar o modelo de atenção à saúde da Estratégia Município Saudável.

Quanto a Estratégia Município Saudável, a Organização Mundial da Saúde-OMS, a define como aquela que "coloca em prática de modo contínuo a melhoria de seu meio ambiente físico e social utilizando todos os recursos de sua comunidade" (OPAS, 2007). Segundo a Organização Panamericana da Saúde-OPAS (2007, p. 8) a Estratégia Município Saudável objetiva "promover a saúde, junto com as pessoas e as comunidades, nos espaços onde as pessoas estudam, trabalham, se divertem, amam,... e onde vivem [...]". A referida estratégia, "[...] encontra-se inserido em um processo global de democratização e descentralização, baseado em iniciativas locais, sob o marco da gestão local e da participação comunitária".

O referido modelo, conforme Teixeira (2000, p. 274)

> [...] implica uma visão ampliada da gestão governamental, que inclui a pro-moção da cidadania e o envolvimento criativo de organizações 'comunitárias' no planejamento e execução de ações intersetoriais dirigidas à melhoria das condições de vida e saúde, principalmente em áreas territoriais das grandes cidades nas quais se concentra a população exposta a uma concentração de riscos vinculados à precariedade das condições de vida, incluindo fatores econômicos, ambientais e culturais.

Assim, na busca de implantar a Estratégia de Município Saudável e de consolidar um governo participativo e uma saúde de qualidade, que atenda as demandas, necessidades e determinantes sociais sanitários, optou-se por desenvolver o orçamento participativo, que segundo Goulart (2006, p. 56), é uma "ampliação dos espaços nos quais decisões públicas importantes são tomadas".

3.1 Características do processo adotado: atores envolvidos, abrangência da experiência, descrição do processo e métodos utilizados

O orçamento participativo foi realizado a partir de assembleias, em nove territórios da Estratégia Saúde da Família-ESF, em espaços públicos – igrejas, escolas, salões paroquiais ou culturais, com a participação das comunidades, trabalhadores da saúde, lideranças comunitárias e políticos.

O processo ocorria da seguinte maneira:

• A comunidade era convidada por meio de carros de som, pelos agentes comunitários de saúde, subprefeitos e outras lideranças locais, que apresentavam os objetivos do evento e a importância da participação de todos;

• A assembleia era aberta pelo Secretário da Saúde, que dava as boas vindas a todos e apresentava os princípios do SUS e objetivos da assembleia. Em seguida, Prefeito e Vice-Prefeito faziam breve pronunciamento acerca da Gestão Municipal e a importância da assembleia do orçamento participativo;

• Por conseguinte, o Secretário da Saúde fechava um pacto, em que a comunidade iria apresentar suas necessidades na forma de propostas, sendo que ao final todas seriam votadas, e as três mais preferidas seriam aquelas que o Prefeito, o Vice-Prefeito e o Secretário da Saúde elegeriam como prioridades e assumiriam o compromisso de buscar sua resolução/efetivação durante os quatro anos de gestão;

• Durante o desenvolvimento de cada assembleia, a comunidade apresentava seus problemas, necessidades e determinantes que eram debatidos com a plenária e, transformados em propostas e anotadas em um cartaz, por uma secretária da assembleia;

• O processo de votação das propostas era por voto direto, em que todos os cidadãos presentes poderiam votar em quantas propostas desejassem. Quando ocorria empate entre mais votadas, ocorria votação para o desempate;

• Dando continuidade, a comunidade elegia três cidadãos usuários para acompanhar o desenvolvimento de suas prioridades, durante o período. Ao final, era escrita uma ata, lida, aprovada e assinada por todos.

O processo de elaboração do orçamento participativo na saúde contou com quase dois mil cidadãos de todos os Distritos e comunidades do Município, das diferentes fases da vida e ocupações: donas de casa, estudantes, aposentados, agricultores, pecuaristas, trabalhadores e trabalhadoras rurais, comerciantes, membros de associações comunitárias, grupos de jovens, lideranças religiosas, servidores dos diferentes setores da administração pública, todos os trabalhadores da saúde, subprefeitos, vereadores, secretários municipais, servidores da justiça, entre outros.

TABELA 1 - Propostas apresentadas pelas comunidades nas assembleias dos Territórios da Estratégia Saúde da Família, Cariré – Ceará, 2009

Propostas	Território da Estratégia Saúde da Família									Total
	Almas	Arariús	Cacimbas	Alto dos Honório	Anil	Jucá	Tapuio	Sede I	Sede II	
Ampliar a pavimentação por calçamento, para a redução de poeira e lama nas ruas	17	22	38	14	41	34*	36	-	33	8
Melhorar as estradas da zona rural, para facilitar o acesso à zona urbana e o transporte de doentes	84	34	54*	25*	84	39*	44	-	29*	8
Implantar a correição de animais nas áreas urbanas das comunidades rurais	90*	26	40	7	102*	30	45	-	-	7
Construir/Reformar praças nas comunidades	52	24	46	3	22	30	27	-	-	7
Implantar sistema de transporte para os doentes da zona rural à noite e nos finais de semana	79	41*	63*	-	97	27	49*	-	-	6
Contratar cirurgião-dentista, com a implantação de Equipes de Saúde Bucal	89	42*	53	-	112*	30	51	-	-	6
Contratar médico para as equipes da ESF	49	34	-	-	84	27	41	-	44	6
Reformar/Construir quadra esportiva	57	-	36	9	95	12	28	-	-	6
Implantar sistema de telefonia pública	97*	20	52	-	70	-	20	-	26	6
Implantar sistema de abastecimento com água potável	-	52*	-	21*	62	27	35	-	-	5
Construir e/ou reformar Centro de Saúde da Família	84	-	-	-	115*	29	-	-	54*	4
Estabelecer coleta regular de lixo	-	-	-	18*	96	28	31	-	-	4
Construir creche	70	-	-	3	28	-	-	-	30	4

Continua

Continuação

Propostas	Território da Estratégia Saúde da Família									Total
	Almas	Arariús	Cacimbas	Alto dos Honório	Anil	Jucá	Tapuio	Sede I	Sede II	
Construir/Reformar a ponte dos rios	-	-	-	-	102	42*	48*	-	1	4
Ampliar a iluminação pública	-	-	30	-	92	-	40	-	34	4
Melhorar a segurança pública	-	-	-	6	-	33	19	-	-	3
Construir kits sanitários	-	12	-	-	-	-	23	-	-	2
Construir sistema de saneamento básico	-	-	-	-	-	25	32	-	-	2
Retirar os currais da área urbana	90	-	-	14	-	-	-	-	-	2
Construir casas populares	-	-	-	-	-	21	33	-	-	2
Alargar e/ou construir ponte molhada	-	-	-	11	76	-	-	-	-	2
Melhorar a estrutura do pólo do Açude Novo	-	-	-	-	-	-	-	43	24	2
Ampliar e/ou construir colégios	72	-	-	-	89	-	-	-	-	2
Reduzir a taxa de iluminação pública	-	35	53	-	-	-	-	-	-	2
Construir quebra-molas nas comunidades de Juré e Santo Antônio	-	-	-	-	31	-	37	-	-	2
Apoio ao time de futebol local	-	-	-	-	-	21	-	-	-	1
Melhorar do campo de futebol	-	-	34	-	-	-	-	-	-	1
Construir academia de ginástica	32	-	-	-	-	-	-	-	-	1
Adquirir uma TV para a praça	-	-	-	-	-	13	-	-	-	1
Articular local de convivência para jovens	37	-	-	-	-	-	-	-	-	1
Construir parques infantis	-	-	-	-	-	-	-	-	17	1
Implantar o ensino médio no Distrito	-	-	-	-	-	22	-	-	-	1
Melhorar a qualidade da Educação	-	23	-	-	-	-	-	-	-	1
Melhorar a qualidade da merenda escolar	-	-	-	-	72	-	-	-	-	1
Estruturar sala de informática na Escola	-	-	-	-	77	-	-	-	-	1
Agilizar transporte escolar para as comunidades de Flores e Lagoa de Fora	-	-	-	-	-	-	20	-	-	1
Agilizar uma casa de apoio para profissionais da saúde	-	-	-	-	-	-	-	-	2	1
Incentivar o Governo do Estado e Federal a regulamentação dos médicos formados em Cuba	-	-	-	-	-	-	-	-	27	1
Instalar telefone no Centro de Saúde da Família	-	-	-	-	-	23	-	-	-	1
Definir local para o atendimento nas diversas comunidades do Território da ESF	-	-	-	-	-	23	-	-	-	1

Continua

Conclusão

Propostas	Território da Estratégia Saúde da Família									Total
	Almas	Arariús	Cacimbas	Alto dos Honório	Anil	Jucá	Tapuio	Sede I	Sede II	
Ampliar a oferta de captopril no Centro de Saúde da Família	-	-	-	-	-	-	-	25	-	1
Disponibilizar profissionais aos finais de semana para o Centro de Saúde da Família	-	-	27	-	-	-	-	-	-	1
Contratar educador físico	-	-	-	-	-	-	13		-	1
Investigar os tipos de mosquitos existentes no bairro da Caixa D'Água	-	-	-	-	-	-	-	-	48	1
Adquirir nova ambulância	-	-	-	-	-	-	-	-	34	1
Agilizar consórcio de cirurgias eletivas com municípios vizinhos	-	-	-	-	-	-	-	46	-	1
Buscar a extinção das pocilgas com o apoio da Vigilância Sanitária-VISA	-	-	-	-	-	-	-	47	-	1
Realizar apreensão de cães vadios	-	-	-	-	-	-	-	-	45	1
Melhorar a infraestrutura do matadouro público local	-	-	-	-	-	30	-	-	-	1
Buscar a finalização da construção do saneamento básico da Sede do Município	-	-	-	-	-	-	-	-	31	1
Estruturar aterro sanitário	-	24	-	-	-	-	-	-	-	1
Adquirir dessalinizador	-	-	40	-	-	-	-	-	-	1
Realizar drenagem da lagoa entre as comunidades de Almas e Aroeiras	94*	-	-	-	-	-	-	-	-	1
Adquirir filtro para a Caixa D'Água	-	-	-	-	-	-	26	-	-	1
Adaptar ambulância antiga para o serviço funerário municipal	-	-	-	-	-	-	-	41	-	1
Construir muro no cemitério	50	-	-	-	-	-	-	-	-	1
Implantar a guarda municipal	-	-	-	-	-	-	-	-	37	1
Melhorar a arborização	-	-	-	1	-	-	-	-	-	1
Alargamento da parede do açude Cabeça do Boi	-	-	-	5	-	-	-	-	-	1
Ampliação da igreja do Santo Antônio	-	-	-	-	37	-	-	-	-	1
Criar cooperativa para geração de emprego e renda	80	-	-	-	-	-	-	-	-	1
Construir proteção na ponte do rio Jaibaras	-	-	69*	-	-	-	-	-	-	1
Implantar sistema de telefonia celular	-	-	-	-	-	-	5	-	-	1
Realizar asfaltamento das ruas da Cidade	-	-	-	-	-	-	-		46	1
Alterar o dia da Feira	-	-	-	-	-	-	-	-	25	1
Definir a numeração dos domicílios	-	-	-	-	-	-	-	-	21	1

Fonte: CARIRÉ. Secretaria da Saúde. Plano Municipal da Saúde. Cariré: Secretaria da Saúde, 2009.

* Prioridades estabelecidas em cada Território da ESF.

As propostas apresentadas na Tabela 1 abarcam temas próprios do setor Saúde e outros de caráter intersetorial, que ao se levar em consideração o modelo de atenção à saúde assumido por Cariré, que é o da Estratégia Município Saudável, e que este foi divulgado para as comunidades durante as assembleias, percebe-se que a população, principalmente, da zona rural, apresentou em suas propostas a visualização da concepção de saúde como qualidade de vida e não como ausência de doença.

As propostas envolvem demandas, necessidades e determinantes socioeconômicos, culturais, ecológicos e sanitários, acerca da infraestrutura urbana e sanitária; da promoção e proteção da saúde e prevenção de doenças; da organização comunitária; da melhoria da qualidade de vida local; e da segurança comunitária.

Dentre as prioridades estabelecidas, tem-se: ampliar a pavimentação por calçamento, para a redução de poeira e lama nas ruas; implantar a correição de animais nas áreas urbanas das comunidades rurais; melhorar as estradas da zona rural, para facilitar o acesso à zona urbana e o transporte de doentes; implantar sistema de transporte para os doentes da zona rural à noite e nos finais de semana; contratar cirurgião-dentista, com a implantação de Equipes de Saúde Bucal; Implantar sistema de telefonia pública; implantar sistema de abastecimento com água potável; estabelecer coleta regular de lixo; construir/reformar a ponte dos rios; construir e/ou reformar Centro de Saúde da Família; realizar drenagem da lagoa entre as comunidades de Almas e Aroeiras; e, construir proteção na ponte do rio Jaibaras.

A maioria das prioridades estabelecidas nas assembleias envolve, principalmente, a infraestrutura urbana e sanitária, talvez pela a situação encontrada pela a atual Gestão, que é sucateamento de diversos setores e serviços público. Percebe-se também, uma visão ampliada da saúde na definição das propostas pelas comunidades.

3.2 Potencial inovador da experiência no campo da gestão participativa no SUS

A experiência do orçamento participativo já é uma realidade em muitas gestões públicas, englobando os diversos setores; no entanto, por conta da diversidade e da quantidade de demandas dos Sistemas Municipais da Saúde e do limitado financiamento, sua utilização traduziu-se como uma potente ferramenta da gestão participativa no SUS-Municipal, por compartilhar as dificuldades, responsabilidades e priorização das demandas, necessidades e

determinantes, criando um sistema bipartite municipal de cogestão entre Gestão-Comunidade, com o apoio dos trabalhadores da saúde e diversos outros segmentos.

Tal prática consolidou-se estrategicamente, por se utilizar da territorialização sanitária estabelecida para a ESF, que leva em consideração os determinantes sociais; que segundo a concepção de Buss e Pellegrini Filho (2007, p. 78) estes se relacionam com as "condições de vida e trabalho dos indivíduos e de grupos da população estão relacionadas com sua situação de saúde".

A concepção de territorialização sanitária adotada para a definição dos Territórios da ESF e das assembleias foi a Ximenes Neto (2007, p. 274):

> [...] é o processo de apropriação do território e de seus elementos sociais, culturais, políticos, econômicos, demográficos, laborais, epidemiológico-sanitários e tecnológicos, com o reconhecimento de sua simbologia, histo-ricidade, relações de poder, identidade, sentimento de pertencimento e de coletividade, redes e aparelhos em ação e inter-relação, com a categorização e o recenseamento dos sujeitos, das famílias e das comunidades existentes e a consequente identificação de sujeitos e grupos de risco, além de seus proces-sos relacionados ao nascimento, crescimento, desenvolvimento, reprodução, adoecimento e morte.

Nesta perspectiva, a formação de um território, segundo Andrade (2004), desenvolve nos sujeitos que nele habitam a consciência coletiva e a responsabilidade de sua participação, além do sentimento de territorialidade, pertencimento e fraternidade entre estes. Essa territorialidade, refere-se àquilo que se encontra no território, que esteja sujeito à sua gestão, como também ao processo subjetivo dos sujeitos que lá vivem de sentirem-se parte deste, e de integrarem-se a um Estado.

3.3 Caráter multiplicador: ações que poderão garantir ou permitir a continuidade/ampliação da experiência e dificuldades encontradas

A prática do orçamento participativo nos Territórios da ESF apresenta baixo custo financeiro, mais um valor inestimável para o estímulo a participação da comunidade na definição de prioridades para o desenvolvimento de políticas locais; ao exercício do controle social; na otimização dos recursos sanitários; e no desenvolvimento do planejamento local.

Durante o processo de votação da prioridade havia um sentimento comunitário, para que as propostas ao serem definidas, levassem em consideração aquelas que beneficiassem um maior número de sujeitos, famílias e comunidades, e não apenas a um determinado grupo.

Dentre as dificuldades encontradas durante o desenvolvimento das assembleias e efetivação das prioridades do orçamento participativo, tem-se o seguinte:

• Resistência de alguns membros da comunidade em participar do processo, por achar que seria mais um momento de conversa e não de responsabilização pelo poder público;

• Individualismo de alguns sujeitos no momento de definir, decidir e priorizar os problemas comunitários;

• Não acesso de algumas comunidades às assembleias, devido ao excesso de chuvas no período;

• Limitado financiamento da saúde e público municipal em geral, para cumprir com todas as prioridades acordadas com a comunidade.

3.4 Resultados

A realização do orçamento participativo tem gerado os seguintes resultados:

• Desenvolvimento de práticas de gestão estratégica e participativa junto às comunidades, em que esta se sente partícipe na definição das prioridades e utilização dos recursos do setor Saúde;

• Maior envolvimento comunitário e controle social, principalmente, no processo de planejamento e na definição de políticas sanitárias;

• Maior aproximação das Gestões Pública e Sanitária Municipal das famílias, sujeitos e comunidades e destes aos poderes decisórios;

• Otimização dos recursos financeiros e outros do SUS-Municipal. A gestão deixou

de administrar por “achismos” e passou a gerir o Sistema Municipal da Saúde com base nas necessidades da comunidade, reduzindo o risco dos erros e má utilização dos recursos públicos;

• Maior poder de decisão das comunidades nas políticas públicas e empoderamento destas;

• Adoção das propostas e prioridades na composição do Plano Municipal da Saúde;

• Melhor definição da missão, da visão e dos objetivos estratégicos do Sistema Municipal da Saúde;

• Inclusão das prioridades intersetoriais no Plano Plurianual do Governo Municipal;

• Efetivação/execução de grande parte das prioridades estabelecidas, como por exemplo: ampliação da pavimentação por calçamento em 100% Sede e quase a totalidade dos Distritos; implantação da correição de animais em 90% das áreas urbanas das comunidades rurais; melhoria de 100% as estradas da zona rural, para facilitar o acesso à zona urbana e o transporte de doentes; implantação do sistema de transporte sanitário para os doentes de 100% da zona rural à noite e nos finais de semana; contratação de cirurgião-dentista, com a implantação de 50% das Equipes de Saúde Bucal; implantação de sistema de telefonia pública, na maioria das comunidades onde inexistia; estabelecimento da coleta regular de lixo na Sede e Distritos; realização de drenagem da lagoa entre as comunidades de Almas e Aroeiras, assim como, a construção de estrada que permite o acesso destas comunidades no período das chuvas.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A realização das assembleias, com o orçamento participativo, permitiu que a gestão municipal ouvisse as necessidades da comunidade, sejam elas próprias do setor saúde ou não, e compreendesse os problemas para uma resolução mais ágil, compromissada e responsável.

A participação da comunidade na definição e priorização de políticas e ações governamentais, vem contribuir com o avançar do processo de consolidação do SUS e incluir a gestão participativa na agenda política municipal, assim como, o fortalecimento do controle social e a melhor utilização dos recursos públicos sanitários, com base nos determinantes sociais e necessidades sanitárias.

REFERÊNCIAS

ANDRADE, L. O. M. et al. Estratégia Saúde da Família em Sobral: oito anos construindo um modelo de atenção integral à saúde. **SANARE**: Revista Sobralense de Políticas Públicas, Sobral, CE, v. 5, n. 1, p. 9-20, jan./mar. 2004.

BRASIL. **Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990**. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde- SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área de saúde e dá outras providências. Brasília, 1990b. Disponível em: <www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8142.htm>. Acesso em: 21 jul. 2014.

_____. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, 1990a. Disponível em: <www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm>. Acesso em: 21 jul. 2014.

_____. Ministério da Saúde. O SUS: conquista social. **Painel de Indicadores do SUS**, Brasília, v. 1, n. 1, p. 7, out. 2006.

_____. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Humanização - HumanizaSUS**: gestão participativa – co-gestão. Brasília, 2004.

BRÊDA, M. Z.; AUGUSTO, L. G. S. O cuidado ao portador de transtorno psíquico na atenção básica de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 2, p. 471-480, 2001.

BUSS, P. M.; PELLEGRINI FILHO, A. A saúde e seus determinantes sociais. **PHYSIS**: Revista Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 1, n. 17, p. 77-93, 2007.

CAMPOS, G. W. S. **Um método para análise e co-gestão de coletivos**. São Paulo: HUCITEC, 2000.

CARIRÉ (Ceará). Secretaria da Saúde. **Plano Municipal da Saúde**. Cariré, 2009.

CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 8., 1986. Brasília. **Anais...** Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1987.

COSTA, N. R. A descentralização do sistema público de saúde no Brasil: balanço e perspectiva. In: NEGRI, B.; GIOVANNI, G. (Org.). **Brasil**: radiografia da saúde. Campinas: UNICAMP/Instituto de Economia, 2001. p. 308-321.

GOULART, J. O. Orçamento participativo e gestão democrática no poder local. **Lua Nova**: Revista de Cultura e Política, n. 69, p. 49-78, 2006.

ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE. **Saúde coletiva**. Disponível em: <www. opas.org.br/coletiva/temas.cfm?id=28&Area= Links>. Acesso em: 10 jun. 2007.

_____. **Municípios e comunidades saudáveis**: guia dos prefeitos para promover qualidade de vida. Brasília, [200?].

TEIXEIRA, C. F. Modelos de atenção voltados para a qualidade, efetividade, equidade e necessidades prioritárias de saúde. In: CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE (Brasil). **Cadernos da 11ª Conferência Nacional de Saúde**. Brasília, 2000. p. 261-281.

XIMENES NETO, F. R. G. **Gerenciamento do território na Estratégia Saúde da Família**: o processo de trabalho dos gerentes. 2007. 470f. Dissertação (Mestrado) – Centro de Ciências da Saúde, Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza, 2007.

IMPLANTAÇÃO DOS CONSELHOS LOCAIS EM ANCHIETA: MUDANÇAS!

Fayer Fonseca Ferreira[1]

RESUMO

Para consolidar o SUS, a formulação da Política de Saúde deve emergir dos espaços onde acontece a aproximação entre a construção da gestão descentralizada, o desenvolvimento da atenção integral á saúde e o fortalecimento da participação popular, com poder deliberativo. Formular e deliberar juntos significa um avanço para o controle social- e este é o efetivo desafio apresentado a gestão participativa, que requer a adoção de práticas e mecanismos inovadores que efetivam a participação popular. O Município de Anchieta construiu de forma participativa, com todos os atores envolvidos, a implementação dos Conselhos Locais de saúde com caráter deliberativo. O propósito é efetivar a participação popular e fortalecer o controle social dentro do Município.

Palavras-chave: Conselhos Locais de Saúde. Controle Social. Participação Popular.

[1] Especialização em Auditoria de Sistemas de Saúde. Especialista em Atenção Primária á Saúde. E-mail: fayerff@hotmail.com. Secretário Municipal de Anchieta-ES.

1 INTRODUÇÃO

O Município de Anchieta está localizado na região sul no Estado do Espírito Santo, possui população estimada em 23.902 habitantes.

Em seu território possui 09 equipes de Estratégia Saúde da Família, em nove áreas, tendo cobertura de 100 % de seu território.

O Município vem em processo de fortalecimento do controle social desde 2005, tendo realizado todas as recomendações da Auditoria 1530-DENASUS, período 2003 e 2004, onde foi constatado irregularidades no Conselho Municipal de Saúde. Dentre as quais, estavam presentes a representação de segmentos, as deliberações não eram acatadas, não havia local definido para as atividades técnicas e administrativas e não havia prestações de contas regulares. Havia neste momento enfraquecimento do controle social e da participação popular.

A Declaração de Direitos que compõem a atual Constituição Brasileira a caracteriza como um dos mais avançados textos constitucionais do mundo, particularmente no que se refere ao conjunto de direitos sociais e, sobretudo, quanto à afirmação aos direitos no campo da Saúde. Contudo a Constituição por si só não é capaz de materializar em práticas as conquistas legais. Há um descompasso evidente entre o nível do direito legal e o pleno exercício do direito. Faz-se oportuno lembrarmos que

> é função prática da linguagem dos direitos, a de emprestar força particular às reivindicações dos movimentos que demandam para si e para os outros a satisfação de novas carências materiais e morais; ao mesmo tempo em que a torna enganadora e obscurece a diferença entre o direito reivindicado e o direito reconhecido e protegido (BOBBIO, 1992).

A concepção de democracia participativa que vigorou no período pré-constitucional entendia a participação como um valor estratégico e não intrínseco, ou, como aquele em que a participação política interessa em si mesma, como condição de cidadania. A participação comunitária não foi um tema inventado a partir da Reforma Sanitária. Entretanto, foi resignificado, perdendo o caráter adesista com o qual havia sido adensado durante a ditadura militar. Esse adensamento teve um objetivo bem preciso, no marco dos novos direitos sociais, apontando um horizonte distinto para a cidadania, então em construção.

Nesse contexto, a participação da comunidade foi organizada de forma articulada aos demais grupos de interesse. A participação dos grupos comunitários tinha, em última análise, a finalidade de inscrever a ideia da democracia participativa nas novas práticas sanitárias, condizente com a posição conquistada de novos atores, influenciando rumos e definindo as políticas setoriais.

O conteúdo da participação, posteriormente nomeada como controle social, sofreu uma alteração semântica, como bem marca Carvalho (1997), entre outros autores. O termo "Controle Social" teve origem na sociologia, significando o controle do Estado sobre a Sociedade ou do empresariado sobre as massas. Na saúde essa concepção esteve presente no século XX até meados dos anos de 1960 e sua expressão máxima ocorreu no "sanitarismo campanhista", que promovia amplos programas de combate às endemias (malária, febre amarela, tuberculose, etc.), de forma autoritária e discriminatória, e tratava as resistências como delito.

Após alguns anos, esse conceito se inverteu, tendo como marco o processo de redemocratização da sociedade brasileira com o aprofundamento do debate referente à democracia e, na saúde com o movimento de Reforma Sanitária. Assim, controle social passou a significar o controle da sociedade organizada sobre o Estado, exercido por meio de instrumentos democráticos, tais como os Conselhos e as Conferências de Saúde e outros mais.

Porém, pode-se dizer que ao longo dos anos o termo participação adquiriu forte conotação ideológica, obscurecendo o fato de que ela encerra relações sociais diferenciadas e em constante construção. Assim, depende dos arranjos políticos, factuais ou mais ideologizados.

Nessa direção vale dizer que muito se tem debatido sobre essa questão e muitas críticas têm sido realizadas sobre o processo de incorporação formal dos movimentos populares aos segmentos mais institucionalizados. Com isso, aponta-se o risco que a conformação de tais institucionalidades possa representar como uma nova forma de cooptação política e um mecanismo para a redução de conflitos. No entanto, vale reafirmar que a ideia inscrita através do projeto da Reforma Sanitária na concepção do SUS é que o controle social é o processo pelo qual a sociedade interfere na gestão pública, no direcionamento das ações do Estado para com os interesses da coletividade, estabelecendo assim a capacidade de participação e mudança (CARVALHO, 1997).

Para Cavalcanti (2011), o SUS, indicou diretrizes para a mudança do modelo assistencial, porém esta se deu apenas na esfera jurídica, não ocorrendo na esfera operacional, lugar que concretamente se realiza o trabalho em saúde, ou seja, nas Unidades Assistenciais, onde o encontro dos serviços com os usuários é processado pelos recursos materiais, humanos e tecnológicos ali disponíveis. Para que este novo paradigma se manifeste concretamente, será necessário, ao nível das Unidades Assistenciais (Básicas, Secundárias e Hospitalares), modificar não apenas os conceitos de fazer saúde, mas a consciência de cada trabalhador, fazendo-o incorporar na concepção que vai mediar seu trabalho, valores libertários, humanitários e de solidariedade. Falamos assim de grandes transformações na esfera da micropolítica, onde de fato se dá a produção dos serviços de assistência à saúde.

As mudanças a serem processadas neste espaço institucional, o das Unidades Assistenciais, devem ter por referência a rede de conversas que se estabelece neste espaço, como uma das formas de processar o fluxo assistencial e de cuidado dos usuários. Elas se dão, de um lado, pela decisão da reorganização da gestão, em moldes participativos, através da gestão colegiada, e por um processo de trabalho que faça sua aposta na potência instituinte do trabalho vivo, força criativa que se coloca como fundamental para o trabalho em saúde. A hegemonia do trabalho vivo no processo produtivo, potencializa os profissionais e usuários como sujeitos sociais no âmbito da produção do cuidado. Por outro lado, as mudanças das quais falamos como necessárias, se dão a partir da construção de processos de subjetivações, capazes de criar, no corpo funcional e nos usuários, uma nova subjetividade, identificada com os valores humanitários, societários e coletivos, e seja capaz de constituir um novo sujeito individual e coletivo, que se coloque como ator social e político, desejante de mudanças e capaz de realizá-las.

A partir destas premissas básicas, estarão dadas as condições para que os Conselhos, como força autogestionária do SUS e instituinte, trabalhe no sentido de construir uma hegemonia democrático-popular no interior dos serviços – e por que não dizer da sociedade – hegemonia vista aqui no conceito dado por Gramsci, de consentimento da sociedade, gerado a partir de uma práxis política renovada e renovadora, nas instituições (ANDERSON, 1986). Esta nova hegemonia, estaria partindo dos princípios e diretrizes do SUS, e buscando produzir um novo modelo assistencial, a partir de processo de trabalho diferente, que signifique uma reestruturação produtiva no setor da saúde. Esta, por sua vez, deve expressar o compromisso com um serviço centrado no usuário e pactuado entre todos segmentos da saúde, em torno diretrizes operacionais de "ACESSO, ACOLHIMENTO, VÍNCULO, RESOLUBILIDADE, AUTONOMIZAÇÃO E VIGILÂNCIA À SAÚDE". (MERHY, 1994).

A conquista da hegemonia no interior das Unidades de Saúde, deverá se realizar a partir do fazer cotidiano, identificando e permitindo a emergência de elementos instituintes no processo de trabalho, modificando velhas rotinas e estruturas, adotando nova forma de abordar e assistir ao usuário. Para isto, é necessário implantar um modelo de gestão, que permita que o trabalho se coloque, como força transformadora, por excelência. Será necessário utilizar todo potencial criativo e criador dos trabalhadores e usuários, estes últimos, podendo influenciar no processo, de forma organizada, a partir dos Conselhos, a fim de que se estabeleçam processos novos na organização dos serviços de saúde. Com esta nova prática, é necessário deixar que os conflitos se revelem no interior da instituição,

ao mesmo tempo, dando-lhes tratamento institucional a partir de uma gestão democrática, capaz de acionar todo o potencial libertário, democrático e socializante, que está embutido na proposta de um novo modelo assistencial, centrado no usuário, naquilo que é o objeto de trabalho dos profissionais da saúde: a defesa da vida, incondicionalmente.

Continua Cavalcanti (2011), outra questão fundamental diz respeito à necessidade de intervir nos espaços da micropolítica, procurando exercer aí as mudanças necessárias para reorganizar o modelo de assistência à saúde, o que pressupõe alterar os processos de trabalho. Isto fica mais fácil, se os conselhos estiverem participando dos processos de mudança desencadeados no estabelecimento de saúde.

Para Nogueira (2003) a natureza deliberativa dos conselhos de políticas instiga a verificação do potencial analítico da literatura que insere a deliberação como eixo central do processo democrático, ou seja, dos estudos acerca da democracia deliberativa. Considera-se que as sociedades complexas e plurais são permeadas por problemas concretos a serem solucionados através de políticas públicas. Neste caso, a participação vai além do ideal republicano da autodeterminação e da construção e definição do interesse comum, recuperando o aspecto da decisão decorrente de argumentação anterior, estruturada em procedimentos participativos que valorizam a pluralidade de interesses, que devem ser expressos em espaços públicos. A ideia de democracia deliberativa, portanto, está relacionada com a disputa entre diferentes interesses e projetos políticos, através de um conjunto de regras e procedimentos democráticos, articulando participação e distribuição.

Alguns pressupostos orientam as formulações acerca da democracia deliberativa. O mais geral é de que a legitimidade das decisões coletivas deriva de procedimentos deliberativos do qual participam aqueles que possivelmente serão afetados pelas decisões. Outro pressuposto é de que é possível, mesmo em contextos sociopolíticos complexos, ampliar espaços e/ou possibilidades de participação e deliberação políticas pelos cidadãos, melhorando a qualidade da democracia. Isto significa que democracia competitiva e democracia deliberativa são compatíveis entre si e podem ocorrer concomitantemente.

Um terceiro pressuposto é de que a democracia deliberativa se concretiza em instituições que articulam sociedade e Estado, onde os procedimentos possibilitam o uso do raciocínio público, da argumentação pública livre, da cooperação e da justificação das decisões por meio de razões mutuamente aceitáveis e acessíveis a todos com o estabelecimento de compromissos na solução de problemas coletivos. As decisões se legitimam por serem coletivas, podendo incorporar as diferentes perspectivas apresentadas, e por isso mesmo,

ainda que vinculem todos no presente, são possíveis de serem desafiadas no futuro. Isto significa que os acordos produzidos podem ser parciais e temporários.

Do debate apresentado pelos autores da teoria democrática deliberativa emergem algumas ideias consensuais. Uma delas é quanto à necessidade de se constituírem fóruns deliberativos que possibilitem a operacionalização do ideal deliberativo. Esses fóruns se destacariam do sistema político, mas com ele estabeleceriam alguma interação, e teriam a capacidade de produzir decisões legítimas acerca de ações públicas, aproximando cidadãos e responsáveis pelas políticas públicas. A partir dos princípios e elementos que eles defendem como essenciais ao sucesso da deliberação pode-se pretender verificar a qualidade deliberativa dessas instituições. Neste sentido, buscou-se verificar, na pesquisa realizada junto aos conselhos de saúde e de criança e adolescente no Nordeste brasileiro, a efetividade deliberativa desses conselhos. Por efetividade deliberativa entende-se a capacidade efetiva dessas instituições influenciarem, controlarem e decidirem sobre determinada política pública, expressa na institucionalização dos procedimentos, na pluralidade da composição, na deliberação pública e inclusiva, na proposição de novos temas, na decisão sobre as ações públicas e no controle sobre essas ações. Alguns estudos já realizados sobre participação e deliberação apontam a importância de algumas variáveis exógenas e endógenas para os resultados da deliberação. Como fatores exógenos, encontram-se os partidos políticos e/ou as coalizões de governos – que podem (ou não) sustentar a delegação de autoridade aos cidadãos para tomada de decisões; a vida associativa das comunidades – densidade e relações políticas; a conjunção de forças sociais e políticas comprometidas com o desenvolvimento de inovações participativas. Quanto a variáveis endógenas, tem-se destacado a influência do formato institucional.

Continua Nogueira (2003), indicando que a existência de públicos fortes que exercem autoridade e, com isso, podem exercer influências diferenciadas nas decisões políticas.

A natureza deliberativa dos conselhos de políticas e sua função de controle sobre as ações do Estado nas áreas específicas às quais estão vinculadas indicam que nesses espaços devam ocorrer processos de deliberação pública, definição de agenda, produção de acordos públicos. As deliberações dos conselhos, portanto, devem influenciar as decisões políticas e o controle público sobre as ações e os recursos públicos (utilizados pelo Estado e por organizações da sociedade civil que prestam serviços públicos financiados pelo Estado). Procurou-se, com o estudo dos conselhos de saúde e de criança e adolescente, verificar a sua efetividade deliberativa e a possível influência das variáveis acima apresentadas nessa efetividade.

De acordo com a Controladoria Geral da União – CGU (2008),

> os conselhos são instâncias de exercício da cidadania, que abrem espaço para a participação popular na gestão pública. Nesse sentido, os conselhos podem ser classificados conforme as funções que exercem. Assim, os conselhos podem desempenhar conforme o caso, funções de **fiscalização,** de **mobilização,** de **deliberação** ou de **consultoria.**

A CGU indica como **fiscalizadora**, a função onde os conselhos realizam o controle e acompanhamento das ações de gestão dos governantes.

A função **mobilizadora** caracteriza-se pelo estímulo à contribuição da sociedade civil para formular e divulgar a importância da participação popular na gestão pública.

Como função **deliberativa**, entende-se a participação efetiva dos conselhos que tomam decisões sobre estratégias a serem usadas pela administração.

Já a função **consultiva** dos conselhos, se realiza por sugestões e opiniões para os gestores em relação à determinadas políticas públicas.

Na Lei nº 8.142/1990 (BRASIL, 1990) não está previsto a constituição de Conselhos Locais, mas o § 5º do art. 1º da mesma lei define que "as Conferências de Saúde e os Conselhos de Saúde terão sua organização e normas de funcionamento definidas em regimento próprio, aprovadas pelo respectivo Conselho." Com isto tem-se a abertura para o exercício do controle social em outros espaços, além das três esferas de governo, levando em consideração a especificidade de cada região. Assim, os Conselhos Locais de Saúde podem ser estratégias e braços do Conselho Municipal nas várias localidades de um município, com objetivo de ampliar os canais de participação.

Os Conselhos Locais de Saúde, normalmente, têm se organizado nos bairros em torno de uma Unidade Local de Saúde. No entanto, a existência de uma Unidade de Saúde não é a condição necessária para a organização de um Conselho Local. Porém, a sede do Conselho Local normalmente também tem sido a Unidade de Saúde. Mesmo a organização dos Conselhos Locais de Saúde não estando prevista na Lei nº 8.142/1990, entende-se que a participação em nível local também foi bandeira do Movimento Sanitário.

As Conferências Nacionais de Saúde possuem uma trajetória de quase três quartos de século no Brasil.

No conjunto dos seis Relatórios Finais das Conferências Nacionais de Saúde pesquisados, três não apresentam diretamente proposições para os Conselhos Locais de Saúde (9ª. 10ª e 11ª). O tema da participação local apareceu na 8ª e voltou a ser retomado na 12ª e na 13ª, num governo que inicialmente parecia se sustentar em bases democrático-populares. No entanto, se evidenciam em todos os Relatórios preocupações em garantir espaços de participação social no SUS.

A 12ª Conferência Nacional de Saúde, de 2003, denominada Conferência Sérgio Arouca, teve como objetivo discutir propostas que viabilizassem a formulação do Plano Nacional de Saúde para o governo Lula. As propostas deram ênfase à reafirmação dos princípios e diretrizes do SUS. No Relatório Final, nas diretrizes gerais, especificamente sobre o controle social e gestão participativa, propõe: "Incentivar a formação e estruturação dos Conselhos Locais de Saúde, apoiar e dinamizar suas ações, viabilizando a participação dos Conselhos Locais em Conferências, Fóruns de Saúde e outros eventos semelhantes." (CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 2003, p. 103). Também foram encontradas proposições no item nº17 Conselhos de Saúde:

> Fortalecer os Conselhos Municipais de Saúde com dotação orçamentária e estimular a criação dos Conselhos Locais de Saúde, por meio de seminários e palestras, nos Conselhos, com orientação, educação e capacitação dos conselheiros, usuários e gestores, apoiados pelas secretarias municipais de saúde, assegurando autonomia estrutural, eleições democráticas das entidades representativas dos segmentos, a paridade conforme a Resolução CNS nº 333/2003, bem como eleições de todos os membros das mesas diretoras (CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 2003, p. 107).

Com 12ª Conferência teve-se uma maior abertura para a participação através de Conselhos Locais, onde a comunidade pode passar a elencar e discutir proposições para a política de saúde de seu município.

A 13ª Conferência Nacional de Saúde realizada em 2007, de acordo com o Relatório Final, dos 5.564 municípios brasileiros, 4.430 realizaram suas Conferências Municipais, isto equivale a 77% dos municípios do país, significando um avanço para o Controle Social (CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 2007). O tema discutido na Conferência: Saúde e Qualidade de Vida, políticas de Estado e Desenvolvimento, no Eixo III – A participação da sociedade na efetivação do direito humano a saúde - destaca-se a proposição sobre Conselhos Locais:

> Incentivar a criação por lei, em todo o país, de Conselhos Locais e Distritais de Saúde, com apoio e supervisão das três esferas de governo, como instâncias de controle social, recomendando a participação efetiva de usuários e traba-lhadores no seu processo de implantação e desenvolvimento (BRASIL, 2007, p. 162).

No Município de Anchieta já havia a definição como estratégia política, no plano de governo do atual Prefeito, a inserção dos Conselhos Locais de Saúde. No final de 2009, durante as 09 (nove) reuniões públicas, para o Plano Municipal de Saúde, houve solicitações das comunidades para implantação.

Durante um curso de especialização em Atenção Primária à Saúde, no módulo controle social, onde a maioria dos profissionais que atua na atenção básica do Município

estava presente, foi resolvido que como produto final, seria construído a implantação dos conselhos locais de saúde em toda Estratégia Saúde da Família. Este processo envolveu toda a Secretaria Municipal de Saúde.

Estavam criadas todas as condições e todos os atores estavam envolvidos na implantação de um espaço, para que aconteça a aproximação entre a construção da gestão descentralizada e fortalecimento da participação popular.

Para o Município de Anchieta, Controle Social e Fortalecimento da Participação Popular é um objetivo estratégico e está presente em seu Mapa Estratégico.

De acordo com Martins (1997), a administração pública brasileira deve ser compreendida a partir de uma perspectiva histórica, na qual um papel central é desempenhado pela cultura política - profundamente enraizada na herança colonial patrimonialista - sob a qual esta administração se formou e evoluiu, e pelos processos político-institucionais que contribuíram para reduzir a sua a eficácia (qualidade) e eficiência (produtividade).

De acordo com Ruas (2000) sustenta existir um padrão autoritário e centralista de governo que se materializa por intermédio dos seguintes aspectos da sociedade brasileira: centralização política e administrativa e inacessibilidade da participação individual e comunitária. Por outro lado, a autora chama a atenção para o fato de que, antes de ser capaz de exercer controle sobre o Estado, toda sociedade necessita fortalecer sua malha institucional mediante a organização dos interesses. Somente a cidadania organizada é capaz tanto de viabilizar a expressão de necessidades e a canalização de demandas como de estabelecer e consolidar mecanismos eficazes de controle da atividade política e administrativa. Isso, por sua vez, requer o desenvolvimento da consciência da cidadania e o sentimento de comunidade.

Estes requisitos, entretanto, representam - eles próprios - desafios a serem vencidos. De fato, conforme mostra Nunes (1997), sob uma outra ótica, os padrões culturais e os processos político-institucionais presentes na política e na administração pública brasileiras expressam o resultado de uma complexa competição e composição entre diferentes gramáticas políticas: o clientelismo, o corporativismo, o insulamento burocrático e a universalidade da norma.

Entretanto Pereira (1997) mostra que podem ser possíveis estratégias de superação dos resultados perversos da dinâmica acima mencionada. Após assinalar que o universalismo de procedimentos, reforçado pela redemocratização do país após 1985, enfrenta como desafios novas práticas de clientelismo patrimonialista, enquanto o corporativismo perde força e o insulamento burocrático perde legitimidade, Pereira sustenta que a reforma do Estado na década de 90 estabelece novos parâmetros para os compromissos políticos. Estes terão que passar, cada

vez mais, pelo crivo de uma sociedade civil ampliada e democratizada, capaz de exigir eficiência e eficácia, de demandar responsabilização e de envolver-se no controle dos serviços prestados pelo Estado. As estratégias de mudança institucional, por sua vez, compreendem uma estreita associação entre novas formas de organização das instituições da administração pública, o seu controle por um núcleo estratégico que presta contas aos políticos eleitos, e o estabelecimento de mecanismos de participação social capazes de ampliar e conferir efetividade ao controle do Estado pela sociedade.

2 OBJETIVOS

• Efetivar a participação e controle social no Município de Anchieta com a implantação dos Conselhos Locais de Saúde;

• Fortalecer a cidadania plena;

• Fortalecer a função deliberativa do controle social;

• Introduzir novos protagonistas na Reforma Sanitária, na busca da qualidade e eficiência.

3 APRESENTAÇÃO

A implantação dos Conselhos Locais de Saúde no Município de Anchieta-ES envolveu todos os profissionais de saúde com a atenção básica municipal; Gestores, Conselheiros Municipais de Saúde, Usuários e Professores da Faculdade Pitágoras.

A abrangência desta experiência é visualizada nas nove áreas da Estratégia Saúde da Família, tendo esta cobertura de 100 % territorial. Ou seja, houve implantação de nove Conselhos Locais de Saúde com eleição simultânea, totalizando 1.145 (hum mil, cento e quarenta e cinco) pessoas participantes do processo eleitoral. Todas as comunidades do Município foram mobilizadas.

O processo de implantação dos Conselhos Locais de saúde iniciou primeiro com a inserção no Plano de Governo do atual Prefeito, consolidando assim um forte indicativo de continuação do fortalecimento da participação popular e controle social, provocado pela Auditoria 1530-DENASUS.

Outro ponto importante deste processo foi ter aparecido o tema em todas as nove reuniões públicas para a construção do Plano Municipal de Saúde. Sendo assim, a implantação dos Conselhos Locais de Saúde passa a vigorar no referido Plano e posteriormente no Mapa Estratégico.

Destacamos, como ponto importante também, a participação efetiva e total dos profissionais de saúde que atuam na atenção básica, que durante a especialização em atenção primária à saúde, no módulo controle social, decidiram a criação da implantação dos Conselhos Locais.

Houve apoio total dos Gestores, com a decisão de dar autonomia na confecção da Lei Municipal, mobilização social e processo eleitoral. A participação dos professores da especialização foi um ponto forte e precioso.

Podemos colocar que o método utilizado baseou-se em juntar os atores envolvidos, utilizar um espaço de construção de saberes dos profissionais de saúde e localizá-los no espaço e momento municipal, tendo assim condições para uma intervenção em seu local de trabalho.

Os profissionais de saúde percorreram as seguintes fases: I- Sensibilização dos gestores e profissionais de saúde. II- Sensibilização e mobilização das comunidades. III- Criação da Lei. IV- Eleições.

O Conselho Municipal de Saúde se posicionou favorável e participou em todas as fases da experiência.

Para sensibilização dos Gestores, não houve dificuldade, pois o Gestor de Saúde participava da especialização citada e o Gestor Municipal havia incluído em seu plano de governo.

Para sensibilização dos profissionais de saúde, houve reuniões e debates para esclarecimento e adesão à proposta, tendo assim se transformado num projeto único de toda uma Secretaria de Saúde.

Para sensibilização das comunidades, houve reuniões públicas para apresentação da proposta, debates, esclarecimento de dúvidas e escuta de sugestões.

Para mobilização comunitária, houve entrega de folder explicativo pelos Agentes Comunitários de Saúde, contendo texto explicativo sobre as funções do Conselho Local de saúde, data da eleição e os requisitos para participação.

Para criação da Lei Municipal houve oficinas com os profissionais de saúde, juntamente com os professores da especialização, e consultas à Procuradoria Municipal.

Para eleição, as unidades da Estratégia Saúde da Família foram utilizadas, com período de votação de três horas pela manhã e com acompanhamento do Conselho Municipal de Saúde.

A lei Municipal nº 628, de 03 de agosto de 2010, onde cria os Conselhos Locais de Saúde, merece uma atenção.

Merece destaque o Art. 1º - Ficam criados os Conselhos Locais de Saúde, em caráter permanente, com funções deliberativas, normativas e fiscalizadoras, formulação estratégica, atuação de acompanhamento, controle e avaliação dos procedimentos e atendimentos locais de saúde, delimitando-se a territorialidade as atuações em todos os locais onde existem equipes de Estratégia de Saúde da Família - ESF.

Art. 3º - O Conselho Local de Saúde tem caráter permanente e será integrado por representante dos profissionais de Saúde e por Usuários da área de Abrangência da Unidade Básica de Saúde, conforme deliberação das equipes da Estratégia de Saúde da Família - ESF.

4 POTENCIAL INOVADOR

O potencial inovador da experiência não vem do fato de ser o único Município do Estado do Espírito Santo a possuir Conselho Local de Saúde em toda a sua Estratégia Saúde da Família e esta possuir 100% de cobertura.

O potencial inovador da experiência vem do fato de ter a construção da Lei, apoiado pelos gestores, de autoria dos profissionais de saúde, fomentando a participação popular nos serviços locais de saúde como forma de fortalecer a construção do SUS. Possuir a função deliberativa e a paridade entre profissionais de saúde e usuários.

Os conselhos Locais de Saúde, em sua maioria, de suas caracterizações e experiências não possuem um caráter deliberativo, mas possibilidade de atuação do âmbito local de organizar, normatizar e fiscalizar as ações de saúde.

A Implantação dos Conselhos Locais de Saúde em Anchieta-ES garante a função deliberativa como forma de reconhecer este espaço como instância de controle social, participação efetiva de usuários e trabalhadores.

Estes fatos traduzem uma ação direta de fortalecimento da participação popular, onde este espaço criado passa por obrigação principal, de a comunidade envolvida, de formular e deliberar junto com a equipe de saúde, de políticas, ações e estratégias referentes à saúde de sua área de atuação. Além de sua histórica função de acompanhamento e fiscalização.

5 CARÁTER MULTIPLICADOR

Com a Lei nº 628, onde cria os Conselhos Locais de Saúde, garante a sua continuidade.

Nesta mesma Lei citada, no Art. 2, III, estabelece que compete que realize as pré-conferências que antecedem o preparatório às conferências municipais de saúde, mobilizando a população e os profissionais da área de abrangência da Unidade Básica de Saúde. Assim é garantida a continuidade na formulação e deliberação de estratégias, ações e políticas de saúde de forma conjunta.

Também é citado, nesta referida lei, o Art.4, onde estabelece que o mandato seja de dois anos, renovável por igual período. Estabelece assim um caráter de formação continuada e promoção de novos Conselheiros de Saúde.

6 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Com a implantação dos Conselhos Locais de Saúde houve uma mudança de postura nas comunidades: as pessoas começam a participar da construção de novas propostas e no planejamento de ações da área da Estratégia Saúde da Família.

Percebe-se isto nas pré-conferências, onde, como metodologia empregada, houve durante toda uma semana a realização dos debates, separados individualmente. Nesta Conferência, além dos temas nacionais, houve 02 (dois) temas municipais escolhidos por votação em plenária.

Este amplo debate, quando chegou à Conferência Municipal, foi direcionado para solicitação expressa dos Conselhos Locais de Saúde e prontamente atendida pelos Gestores da fase pós-conferência. Esta fase foi colocada como a mais importante, e foi decidido que os Gestores organizariam oficinas nos Conselhos Locais de Saúde para construção de projetos baseados nas propostas eleitas. Também foi estipulado que os responsáveis serão os conselheiros locais.

Esta construção dos projetos terá como o modelo lógico da OMS (Organização Mundial de Saúde) para cada ano, ter a realização de fórum de acompanhamento da conferência, onde cada Conselho Local apresentará seus projetos, resultados esperados e resultados alcançados.

Este novo caminho está sendo construído a partir da participação popular e mostra claramente um papel fomentador da Gestão, início de uma gestão descentralizada com efetivo controle social; efetivo, pois passa da centralização de acompanhamento e fiscalização, para o de construção e deliberação conjunta.

Nesta perspectiva, os Conselhos Locais de Saúde possibilitam a proximidade da comunidade da dinâmica dos serviços de saúde da unidade, sendo um componente estratégico da gestão participativa.

Acredito que o Conselho Local de Saúde pode influir na micropolítica da organização dos serviços de saúde, acompanhando o processo de organização da atenção à saúde, que se dá de forma permanente em nível das unidades assistenciais, especialmente a mudança nos processos de trabalho. Outro lugar é o próprio Controle Social, onde é possível cimentar a unidade dos trabalhadores e usuários, para objetivos permanentes e concretos, em interseção com a sociedade no seu conjunto. Os Conselhos Locais de Saúde, com a função deliberativa, podem ser, por excelência, os novos protagonistas da Reforma Sanitária.

O Conselho Local de Saúde pode ser caracterizado como ator social importante para o desenvolvimento do Sistema Único de Saúde.

7 CONCLUSÕES

Concluímos que a implantação de um Conselho Local de Saúde deve observar a inclusão de todos os atores envolvidos e a construção de um cenário favorável.

Configura num importante e essencial estratégia de efetivação do SUS Municipal, através da participação popular e controle social.

É essencial que os Gestores assumam o papel de fomentador e de apoio institucional da participação popular com poder deliberativo.

A participação dos profissionais de saúde no fomento da participação popular é um elo importante de uma implantação.

O Conselho Local de Saúde com função deliberativa pode representar a criação de possibilidades inéditas de emergências de novos atores, na esteira do processo mais geral que se desenvolve nas demais esferas. Salienta-se que a participação não é um fenômeno isolado e a intensidade de participação em determinados espaços vai se estabelecer a partir da construção das relações sociais entre os sujeitos. A intensidade da participação social pode ser ampliada ou reduzida em decorrência de condições propiciadas a nível social e ainda por razões que se colocam na área da conscientização.

REFERÊNCIAS

ALMEIDAC, M. O SUS que queremos: sistema nacional de saúde ou subsetor público para pobres? **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 8, p. 346-352, 2003.

ANCHIETA (Espírito Santo). **Lei nº 638, de 16 de setembro de 2010**. Cria os Conselhos Locais de Saúde no Município de Anchieta.

ANDERSON, P. **As antinomias de Gramsci**. São Paulo: Joruês, 1986. p. 20-24.

BOBBIO, N. **A era dos direito**s. Rio de Janeiro: Campus, 1992.

BRASIL. Controladoria Geral da União. **Controle Social**: orientações aos cidadãos para participação na gestão pública e exercício do controle social. Brasília, 2008.

_____. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em: <www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm>. Acesso em: 21 jul. 2014.

_____. **Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990**. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Disponível em: <www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8142.htm>. Acesso em: 21 jul. 2014.

_____. Ministério da Saúde. CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE (Brasil). **Resolução nº 333, de 4 de novembro de 2003**. Diretrizes para a criação, reformulação, estruturação e funcionamento dos Conselhos de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa no SUS - ParticipaSUS**. Brasília, 2007.

CARVALHO, A. I. Conselhos de saúde, Responsabilidade Pública e Cidadania: a Reforma Sanitária como Reforma do Estado. In: FLEURY, S. (Org.). **Saúde e Democracia**: a luta do CEBES. São Paulo: Lemos, 1997. p. 93-111.

CAVALCANTI, F. Os conselhos de saúde como sujeitos no processo de construção do SUS. In: FRANCO, T. B. et al. **Acolher Chapecó**. São Paulo: Hucitec, 2004.

CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 13., 2007, Brasília. **Relatório final...** Brasília: Ministério da Saúde, 2007. 81p. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/13cns_M.pdf>. Acesso em: 26 out. 2008.

MARTINS, L. **Reforma da Administração Pública e Cultura Política no Brasil**: uma visão geral. Brasília: ENAP, 1995.

MATUS, C. **Política, planejamento & Governo. Brasília**: IPEA, 1993. Tomo I e II.

MERHY, E. E. **Em busca do tempo perdido**: o micro política do trabalho vivo em saúde. São Paulo: HUCITEC, 1997.

NOGUEIRA, V. M. R. A. A concepção de direito à saúde na sociedade contemporânea: articulando o político e o social. In: MENDES, J. M. R.; BELLINI, M. I. B. (Org.). **Textos e contextos**: perspectivas da produção do conhecimento em serviço social. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2004. p. 189-207.

NUNES, E. **A Gramática Política do Brasil**: clientelismo e insulamento burocrático. Rio de Janeiro: ENAP, 1997.

RUAS. M. G. **Participação Social**: Inovações na Administração Pública Federal Brasileira. 2000. Disponível em: <http://empreende.org.br>. Acesso em: 4 mar. 2013.

GESTÃO PARTICIPATIVA: UMA ESTRATÉGIA DE FORTALECIMENTO DA EQUIDADE E O CONTROLE SOCIAL NO MUNICÍPIO DE CAMPO VERDE/MT NO PERÍODO DE 2010/2011

Dirce Sayuri Otake Guollo[1]
Fábio Henrique Lago[2]
Wilza Renata Coelho[3]

RESUMO

Este artigo teve por escopo descrever a capacidade Municipal do controle social, por meio da formação de uma rede articulada com a regional e estadual dentro da educação permanente, estabelecendo um canal de diálogo com os movimentos populares, estimulando a corresponsabilidade social em Defesa do Sistema Único de Saúde – SUS. O objetivo geral do presente artigo foi descrever as estratégias das ações para qualificação da gestão participativa, medidas para o fortalecimento e aprimoramento do Sistema Único de Saúde, através das instâncias formais e não formais do Controle Social. Para o alcance do objetivo foi desenvolvida uma pesquisa qualitativa, que possibilitou observar como as estratégias de ações para a qualificação da qualidade da mão de obra dos trabalhadores do SUS. Em uma ação conjunta, houve o envolvimento de Municípios da Regional Sul Mato-Grossense e a baixada Cuiabana, representados pelos seus gestores e conselheiros, no intuito de multiplicarem esses conhecimentos. Alguns resultados relevantes foram e estão sendo obtidos, como a estimulação dos Conselhos Municipais de Saúde na gestão de uma forma mais participativa. No sentido de orientar e nortear as ações de Governo na promoção e aperfeiçoamento da gestão estratégica e democrática das políticas públicas no âmbito do SUS, visando maior eficiência, eficácia e efetividade, por meio de ações que incluem o apoio ao controle social; educação popular; mobilização social; busca da equidade; monitoramento e avaliação; ouvidoria; auditoria e a gestão da ética nos serviços públicos de saúde.

Palavras-chave: Controle social. Educação permanente. Defesa do SUS.

---

[1] Graduada em Enfermagem Obstetrícia pela Pontifícia Universidade Católica de Goiás PUC-GO; Especialização em Saúde Pública pela Universidade de Ribeirão Preto UNAERP-SP e Especialização em Gestão em Sistemas de Saúde pela Universidade Federal de Mato Grosso UFMT; Mestranda em Ciências Ambientais e Saúde – PUC-GO; Coordenadora da Atenção Básica e Presidente do Conselho Municipal de Saúde de Campo Verde MT. E-mail: sayuri_otake@hotmail.com

[2] Graduado em Ciências Contábeis (UNIC-MT), Especialização em Gestão da Saúde (UFMT), Gerente da Gestão Participativa. Email: fabio.crv_pva@hotmail.com

[3] Graduada em Psicologia na Faculdade Estadual PR e Pedagogia pela Faculdade Estadual de Cornélio Procópio; Especialização em Perita Avaliadora em Trânsito, Tecnologias Aplicadas à Educação (UNIC) e especialização em Pedagogia Clínica Infantil (UNIC). Coordenadora do setor de Avaliação Institucional da Faculdade Candido Rondon de Campo Verde, Vice Presidente do Conselho Municipal de Saúde. E-mail: wilzacoelho@hotmail.com

1 INTRODUÇÃO

Este estudo buscou descrever o envolvimento Municipal e o controle social através de formação de uma rede articulada com a regional e estadual dentro da educação permanente, estabelecendo um canal de diálogo com os movimentos populares, estimulando a corresponsabilidade social em Defesa do SUS, fortalecendo o controle social sobre todas as instâncias e os agentes que fazem parte do SUS, a participação dos Conselhos Municipais de Saúde, inclusive com atividades de qualificação e acompanhamento, de acordo com a Política Nacional da Gestão Estratégica e Participativa do SUS – ParticipaSUS, aprovada pela Portaria nº 3.027/2007, que orienta as ações de governo na promoção e aperfeiçoamento da gestão estratégica e democrática das políticas públicas no âmbito do Sistema único de Saúde – SUS, visando maior eficiência, eficácia e efetividade, por meio de ações que incluem o apoio ao controle social, a educação popular, a mobilização social, a busca da equidade, o monitoramento e avaliação, a ouvidoria, a auditoria e a gestão da ética nos serviços públicos de saúde, fortalecendo os laços políticos que garantem a sustentabilidade das ações de saúde.

Nessa lógica, o processo de construção do SUS vem sendo marcado pela elaboração e implementação de instrumentos legais e normativos, cujo propósito central é a gestão participativa do controle social, um cenário nacional com uma nova forma de participação, que passa a ser praticada através de gestões colegiadas e representativas e a ser vista como direito de cidadania (CARVALHO, 2001).

1.1 Participação e Controle Social

A participação institucionalizada produzia militantes que desenhavam um sistema único e descentralizado de saúde garantindo espaços institucionais de participação da sociedade na gestão da saúde. Estabelecida no art. 198 da Constituição, regulamentada pela Lei nº 8.080/90 e complementada pela Lei nº 8.142/90 (BRASIL, 1990b), que fixou a prática do controle social mediante um movimento que passa por Conferências e Conselhos de Saúde, configurando um novo padrão de representatividade na construção, operação e gestão das políticas públicas sociais, especificamente as de saúde (WESTPHAL, 1992).

O conceito de participação está permeado de contradições, principalmente em razão de sua amplitude conceitual. Nem sempre são claras as diferenças entre participação citadina, participação social e participação comunitária, ou ainda participação popular (JACOBI, 2000).

A participação popular na saúde deve ser entendida como a "partilha efetiva do poder" entre Estado e sociedade civil, segundo Dagnino (2002), por meio do exercício da deliberação no interior dos espaços públicos e em outros espaços de luta não-institucionais que a sociedade entenda como pertinente para mudanças na estrutura social de um país, percebendo que somente dessa forma pode mudar as condições de saúde de uma população.

Nessa expectativa o controle social torna-se, dessa forma, via imprescindível para a democratização do sistema, partindo-se da concepção de saúde como direito à condição de cidadania, e implica o desenvolvimento de mobilização e organização social pelas quais a participação direta nas decisões políticas torna-se realidade (LUCCHESE, 1995).

Em outras palavras, a democratização do processo decisório constituiu aspecto central da estratégia de reestruturação do setor saúde e viria a ser alcançada pela sua descentralização e pela garantia de participação popular no planejamento, avaliação e controle nas três esferas do governo, constituindo, pois, a base de uma nova relação entre Estado e sociedade no processo de formulação das políticas de saúde (MENDES, 1998).

Nesse sentido, reveste-se de caráter educativo, reivindicando direitos coletivos e interferindo nas praticas políticas nos aspectos técnicos, administrativos, ambientais e orçamentários, através de deliberações, intervenções e encaminhamentos de decisões referentes às necessidades identificadas pelos representantes legítimos. O controle social torna-se ferramenta para a consecução da Gestão participativa, que é o ato democrático de gerenciar as ações e práticas políticas do controle social pelo planejamento de programas e serviços de saúde. É a concretude da participação social institucionalizada e o canal para a efetivação do controle social (OLIVEIRA, 2003).

Embora as conquistas populares no Brasil tenham trajetória emblemática para a mobilização social em defesa do direito à saúde, a década de 80 representou o momento de institucionalização das práticas inovadoras para o setor, fundamentadas na concepção da saúde como produção social e direito, que foram consolidadas na década de 90, nas conferências e nos Conselhos de Saúde.

1.2 Conferências Municipais de Saúde e Conselhos Municipais de Saúde como espaços públicos de processamento das demandas populares

Segundo Labra (2005) os Conselhos de Saúde constituem uma inovação política, institucional e cultural da maior relevância para o avanço da democracia e uma singularidade no contexto latino americano. Um trabalho pioneiro conclui que os conselhos emergentes assumiram, ao lado de atribuições de planejamento e controle das políticas de saúde, um papel de proteção dos direitos e implementação de políticas sociais universalistas, com forte indução legal e administrativa originada na esfera federal (CARVALHO, 1995).

Por outro lado, alguns conselhos têm seu funcionamento limitado e condicionado pela realidade concreta das instituições e da cultura política dos Municípios brasileiros, de modo que a característica da gestão local pode interferir na dinâmica do funcionamento do conselho. A gestão centralizada não favorece a dinâmica autônoma dos conselhos, que na maioria das vezes passa a existir como instância burocrática. Quanto mais autonomia administrativa e financeira, gestão e organização descentralizada dos serviços as Secretarias Municipais tiverem, maior é a influência dos conselhos existentes na política local de saúde e novas modalidades de participação de usuários e profissionais de saúde podem surgir, o conselho é um espelho da política local e da representação dos interesses políticos (VIANA, 1998).

Apesar do reconhecimento dos aspectos positivos e inovadores da participação em instâncias de decisão do sistema de saúde, é preciso ter claro as possibilidades concretas de participação dos usuários no controle dos serviços de saúde. A participação dos usuários constitui uma tarefa complexa, primeiramente, pela responsabilidade do conselho na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde; segundo, pela diversidade de temas, problemas e conflitos relacionados à organização do sistema e dos serviços; terceiro, pela diversidade dos atores e interesses envolvidos na composição dos conselhos (PINHEIRO et al., 1998).

Outros mecanismos formais de controle social foram incorporados ao SUS, na defesa do direito à saúde, tais como, ouvidorias e disque denúncia, criando novas formas de expressão e de defesa dos interesses dos indivíduos, grupos e comunidades. O voto sufragado na escolha dos governantes (executivos e legislativos), plebiscito, projeto de lei de iniciativa popular, Ministério Público, órgãos de defesa do consumidor, mobilização popular, e a mídia em geral, são outras formas de controle social (MATTOS, 2005).

As Conferências Nacionais de Saúde fazem parte da história oficial da política de saúde brasileira desde 1973, com a Lei nº 378, de 13/01/1937, que instituiu a Conferência Nacional de Saúde e Educação. A 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986, tornou-se um marco de transformação que estabeleceu a nova dinâmica e alterou a composição dos delegados, incorporando a participação da sociedade civil organizada e uma nova institucionalidade e vida própria às conferências, transformando em um espaço de formação de opinião, experiência, cooperação e vontade política, além de ter discutido o aprofundamento dos grandes temas que subsidiaram a Assembleia Nacional Constituinte, culminando na inscrição, na Constituição Federal, da participação da comunidade como uma das diretrizes do Sistema Único de Saúde criado pelo artigo 198, cujo inciso III assegura essa participação.

As últimas Conferências Nacionais de Saúde, da 9ª à 12ª, reafirmam como indispensáveis a implementação e o fortalecimento dos mecanismos de controle social existentes.

A 12ª Conferência Nacional de Saúde, afirma a necessidade de:

> Estimular e fortalecer a mobilização social e a participação cidadã nos di-versos setores organizados da sociedade, com a aplicação dos meios legais disponíveis, visando efetivar e fortalecer o Controle Social na formulação, regulação e execução das políticas públicas, de acordo com as mudanças dese-jadas para a construção do SUS que queremos.

Nesse processo, algumas propostas emanadas das Conferências devem ser destacadas e valorizadas como desafios à consolidação e ao fortalecimento do controle social no SUS, a garantia de efetiva implantação dos conselhos assegurando aos mesmos, infraestrutura e apoio para o seu fortalecimento e pleno funcionamento, a consolidação do caráter deliberativo e fiscalizador dos conselhos de saúde, com a composição paritária entre usuários e demais segmentos, a reafirmação da participação popular e do controle social na construção do modelo de atenção à saúde, requerendo o envolvimento dos movimentos sociais considerados sujeitos estratégicos para a gestão participativa o aperfeiçoamento dos atuais canais de participação social, criação e ampliação de novos canis de interlocução entre usuários e sistemas de saúde, e de mecanismos de escuta do cidadão, como serviços de ouvidoria e outros (CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 2004).

2 OBJETIVO

Descrever as estratégias das ações para qualificação da gestão participativa, medidas para o fortalecimento e aprimoramento do Sistema Único de Saúde, através das instâncias formais e não formais do Controle Social.

3 METODOLOGIA

Diante da abrangência e complexidade do nosso estudo de investigação optamos por utilizar a abordagem qualitativa de pesquisa em que se aprofunda no mundo dos significados das ações e relações humanas, que possui uma carga histórica, cultural, política e ideológica não perceptível e captável apenas numa fórmula numérica ou num dado estatístico.

O que implica considerar que o objeto das ciências sociais é complexo, contraditório, inacabado e em permanente transformação, existe em um determinado tempo e em um determinado espaço e precisa ser percebido e evidenciado pelo pesquisador, no próprio contexto em que os sujeitos vivem, cotidianamente, onde identificamos a realidade local, dentro de um conhecimento compartilhado com a comunidade em uma relação democrática entre os participantes envolvidos na busca do conhecimento e transformação, com isso, abordando a real necessidade da população. Diante de diferentes opiniões e conflitos, há uma Construção de Consensos com resultados mais expressivos e duradouros sendo inseridos no contexto das políticas públicas da saúde.

3.1 A escolha do campo de pesquisa

Esta pesquisa se estruturou com base na preocupação em estudar um fenômeno social, a participação popular, centrado na gestão participativa do controle social, em um cenário Municipal de Campo Verde, e as comunidades rurais e urbana, com uma nova forma de participação, que passa a ser praticada através de gestões colegiadas e representativas.

3.2 Recortes da pesquisa

Este foi o nosso recorte espacial e temporal mais específico e concreto que permitiu a visualização e reflexão sobre os limites e potencialidades desta participação. Inserimo-nos, nesta pesquisa, principais componentes da intervenção divididos em quatro momentos:

Primeiro momento: houve um entendimento político da implementação dos instrumentos que configuram a participação cidadã e transparência, a criação de outros canais

de comunicação entre o cidadão e o governo, dentre eles a Ouvidoria, disque saúde, mídia e caixas de sugestões distribuídas nas Unidades de Saúde e a Ouvidoria do SUS, antes, porém, havia somente a Ouvidora Pública que atendia todas as denúncias do Município.

Segundo momento: foi articular os fóruns de qualificação, a gestão do SUS, educação permanente sobre o ParticipaSUS, qualificação dos Profissionais de Saúde, com a participação da micro região, envolvendo diversos Municípios, gestores, conselheiros, profissionais de saúde e gestores das unidades locais, com ênfase nos 04 eixos, Gestão participativa, ouvidoria, auditoria, monitoramento e avaliação da gestão do SUS.

Terceiro momento: realizamos oficinas nos 06 bairros, cuja referência é a Unidade de Saúde mais próxima: Jupiara X Recanto, Olímpia, São Lourenço, Parque das Araras, Zacarias X Central e em 09 localidades da zona rural, Santo Antônio da Fartura, Limeira, Dom Osório, Taperinha, Capim Branco, 14 de agosto, 04 de outubro, 28 de outubro e Agrovila. Sendo utilizados alguns critérios como: reunião após a missa, escolas e unidades de saúde rurais. Neste momento, essas oficinas foram classificadas como pré-conferências, culminado na Conferência magna (Quadro abaixo), com o objetivo de buscar as reais necessidades da população, recebendo diversas informações relacionadas às principais dificuldades naquela localidade, embora algumas não sendo ações específicas da saúde estão relacionadas a algumas situações de corresponsabilidades intersetoriais, como: transporte, obras, promoção social, educação, habitação, que de uma forma ou de outra, não solucionado, provocará uma agravo maior.

As pré-conferências foram realizadas na zona rural e urbana do município de Campo Verde MT, totalizando em média de 1.100 pessoas nas seguintes comunidades:

- 12/05/2011 – Assentamento 14 de Agosto e 04 de Outubro;
- 16/05/2011 – Assentamento Santo Antônio;
- 17/05/2011 – Taperinha e Capim Branco;
- 23/05/11 – Agrovila João Ponce de Arruda;
- 01/06/2011 – Dom Ozório;
- 14/06/2011 – Limeira.

Pré-Conferências na Zona Urbana:

- 29/06/2011 – Bairro Recanto do Bosque/Jupiara;
- 30/06/2011 – Unidade de Saúde Parque das Araras;
- 01/07/2011 – Igreja Rainha dos Apóstolos e Unidade de Saúde Central/Zacarias.

TABELA 1 - Participantes da 5ª Conferência Municipal de Campo Verde/MT - 2011

SEGMENTOS	Nº. PARTICIPANTES
USUÁRIOS	216
TRABALHADORES DA SAÚDE	121
PRESTADORES DE SERVIÇOS/GOVERNO	11
GESTORES	03
MOVIMENTOS SOCIAIS	10

Fonte: Folha de presença e ficha de inscrição da 5ª CMS/2011

Quarto momento: dentro das atividades dos 04 eixos foram desenvolvidas: o Monitoramento, acompanhamento e Avaliação das atividades, Capacitação do Conselho Municipal de Saúde e a análise das propostas das diversas localidades pré e pós Conferência, que serão inseridas nos instrumentos de Gestão, plano Municipal de Saúde, Agenda mensal, Relatório de Gestão, dentre outros. Garantindo ao cidadão uma resposta mais ágil e eficiente em relação às Manifestações Demandadas.

4 DISCUSSÃO E RESULTADOS

O Município de Campo Verde localiza-se no sul de Mato Grosso, emancipado em 04 de julho de 1988, através da Lei nº 5.314. Possui uma extensão de 4.791,55 Km^2. Com apenas 23 anos de emancipação político-administrativo, apresenta 31.135 mil habitantes, IBGE/2011. Economicamente, destaca-se como maior produtor de algodão do país, e como maior produtor de frango de corte do Estado de Mato Grosso. É também grande produtor de carne suína, ovos, grãos como a soja, sementes fiscalizadas, milho e arroz.

Além dessas bases econômicas citadas, Campo Verde possui também a agricultura familiar bastante desenvolvida nos assentamentos, onde a produção está voltada para a fruticultura, horticultura e agroindustrialização. Por outro lado, o desenvolvimento acelerado e a busca de inovações tecnológica e competitividade passam a ser fundamental no processo econômico do Município e para conquistar espaço junto à economia internacional.

Dentro desse contexto uma gestão estratégica e participativa, o reconhecimento do papel político e legal do Conselho Municipal de Saúde como instância de discussão e deliberação sobre os programas municipais, foi primordial para que a gestão criasse mecanismos de intervenções sobre os determinantes resultando em impacto na qualidade de vida da população envolvida.

Diante disso, o estímulo do processo de discussão e o fortalecimento da gestão participativa, o controle social no SUS Municipal, criação de outros canais de comunicação entre o cidadão e o governo, em consonância com a informação e conhecimento acerca do SUS, foi um passo significativo no início dos trabalhos, desenvolvendo a educação permanente dos conselheiros Municipais e dos conselhos de gestão participativa, acompanhamento do processo de monitoramento e avaliação, em parceria com a Secretaria Estadual de Saúde, Cosems, Escritório Regional, conselheiros e gestão municipal.

5 CONCLUSÃO

O conteúdo de aprendizagem deve ser potencialmente significativo. A pessoa deve estar motivada para relacionar o que aprende com o que já sabe e de forma aberta interagir como outro. Partindo desse pressuposto, a gestão estratégica visa à ampliação de espaços públicos e coletivos para o exercício do diálogo e da pactuação das diferenças, de forma a construir um conhecimento compartilhado sobre saúde, preservando a subjetividade e a singularidade presentes na relação de cada indivíduo e da coletividade, uma nova maneira de resolver velhos problemas ou de enfrentar situações de uma maneira criativa.

Pautando-se sempre no princípio da equidade em saúde e garantindo a atenção às especificidades de cada cidadão. Deve-se, assim, estimular e fomentar a organização da sociedade para o exercício do efetivo controle social na Saúde.

Trata-se de um processo sistemático, criativo e contínuo de acompanhamento dos indicadores de saúde e da execução das políticas, ações e serviços nesta área visando à obtenção de informações em tempo oportuno para subsidiar a tomada de decisão, bem como a identificação, solução e redução de problemas e a correção de rumos, dentro de um processo participativo do controle social.

Concluímos que a participação popular tem potencial para atuar na transformação das práticas de saúde e como tal deve ser incorporada pelos gestores municipais, como um dispositivo na formulação e implantação das políticas de saúde.

REFERÊNCIAS

BATISTA, E. C.; MELO, E. M. A participação popular em Ipatinga (MG, Brasil): conquistas e desafios do setor de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, p. 337-347, jan. 2011.

CARVALHO, A. I. **Conselhos de saúde no Brasil**: participação cidadã e controle social. Rio de Janeiro: IBAM, 1995.

_____. Conselhos de saúde, participação social e reforma do Estado. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 1, n. 3, p. 23, 1998.

CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 12., 2003, Brasília. **Relatório Final...** Brasília: Ministério da Saúde; Conselho Nacional de Saúde, 2004.

DAGNINO, E. **Sociedad civil, espacios públicos y democratización**: Brasil. [S.l.]: Fondo de Cultura Económica, 2002.

GUOLLO, D. S. O. **Diagnóstico da Atenção Básica no Município de Campo Verde - MT**. Monografia (Especialização em Políticas e Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde) – Instituto de Saúde Coletiva UFMT, Cuiabá, 2006.

LABRA, M. E. Conselhos de Saúde: dilemas, avanços e desafios. In: LIMA, N. T. et al. (Org.). **Saúde e Democracia**: histórias e perspectivas do SUS. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2005.

LONGHI, J. C.; CANTON, G. A. M. Reflexões sobre cidadania e os entraves para a participação popular no SUS. **Physis**: Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 21, n° 1, 2011.

LUCCHESE, P. T. R. **Descentralização do financiamento e gestão da assistência à saúde no Brasil**: a implementação do Sistema Único de Saúde - retrospectiva 1990/1995. Rio de Janeiro: Ensp, 1995.

MATTOS, R. A. Direito, necessidades de saúde e integralidade. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.). **Construção Social da Demanda**: direito à Saúde, trabalho e espaços públicos. Rio de Janeiro: Cepesc/UERJ; ABRASCO, 2005. p. 35-89.

MENDES, E. V. A descentralização do sistema de serviços de saúde no Brasil: novos rumos e um outro olhar sobre o nível local. In: MENDES, E. V. (Org.). **Organização da saúde no nível local**. São Paulo: Hucitec, 1998.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: ABRASCO, 1998.

OLIVEIRA, M. L.; ALMEIDA, E. S. Controle social e gestão participativa em saúde pública em unidades de saúde do município de Campo Grande, MS, 1994-2002. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 18, n. 1, mar. 2009.

OLIVEIRA, N. G. **Cultura política como determinante histórico da participação social**: o Conselho de Saúde de Ipatinga – MG. 2003. 170f. Dissertação (Mestrado) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2003.

PINHEIRO, R.; DAL POZ, M. R. A participação dos usuários nos Conselhos Municipais de Saúde e seus determinantes. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 3, n. 1, p. 28-35, 1998.

SCHARADER, F. A. T. **A implementação do programa de Saúde da Família no município de Campo Verde**: desafios e perspectivas para o gerenciamento e a gestão. Cuiabá: UMT, 2007.

SMEKE, E. L. M. Descobrindo percursos para a pesquisa em saúde no trato com o movimento social. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, p. 39-47, mar. 1993.

VASCONCELOS, E. M. **Educação popular e a atenção à saúde da família**. São Paulo: Hucitec, 1999.

VIANA, A. L. A. Desenho, modo de operação e representação de interesses do sistema Municipal de Saúde e os Conselhos de Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 3, n. 1, p. 20-22, 1998.

CONTROLE SOCIAL: DESAFIOS NO EQUILÍBRIO ENTRE AS DIMENSÕES POLÍTICA E TÉCNICA NO CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DE BORBA/AM

Adriana Kitajima[1]
Maria Adriana Moreira[2]

RESUMO

O presente artigo apresenta o caminho percorrido nos anos de 2009 e 2010, na implementação de ações cotidianas, visando o empoderamento dos conselheiros de saúde e a promoção da gestão participativa na Secretaria Municipal de Saúde de Borba-AM. Dentre os obstáculos que permeiam o processo participativo, coloca a importância da sensibilidade do gestor às questões políticas e técnicas características na relação entre os atores sociais (usuários, trabalhadores de saúde e prestadores de serviço) para propor estratégias no sentido de minimizar os ruídos e otimizar a utilização dos instrumentos de gestão.

Palavras-chave: Controle Social. Gestão Participativa. Conselheiros de Saúde.

[1] Enfermeira; Coordenadora do CAPS I Maria José Pantoja - Borba - AM. kitajimaadriana@hotmail.com

[2] Enfermeira; Secretária de Saúde do Município de Borba - AM. secretariasaudeborba@yahoo.com.br

1 PRIMEIRAS PALAVRAS

A expressão *trocar as rodas com o carro em movimento* ilustra o funcionamento dos Conselhos Municipais de Saúde, onde a insuficiência de capital social limita a efetiva participação dos conselheiros no planejamento, acompanhamento, avaliação das ações e, principalmente, na operacionalização da participação popular na gestão em saúde no âmbito municipal. A Lei nº 8.142/90 regulamentou a participação do gestor, profissionais de saúde e usuários, em colegiados paritários (conferências e conselhos de saúde), objetivando a construção coletiva e monitoramento no planejamento, na execução das ações e na fiscalização dos recursos de custeio do SUS (BRASIL, 1990).

O município de Borba, localizado na calha do Rio Madeira, região sudeste do Estado do Amazonas, com população de 34.961 habitantes (BRASIL, 2011), extensão territorial 44.251,701 Km², densidade demográfica de 0,79 (hab/km²), com 240 comunidades rurais, apresenta o conjunto de ações realizadas em 2009 e 2010 com vistas a promover o protagonismo da participação popular, em principal, do Conselho Municipal de Saúde – CMS no contexto participativo da gestão pública em saúde e a minimizar os ruídos produzidos durante esse processo.

2 INDICADORES POLÍTICOS, TÉCNICOS E SOCIAIS

A Lei nº 209 – PMB de 02/08/1991 criou o Conselho Municipal de Saúde de Borba, porém em 2005, após a mudança do poder executivo, não havia memória (registro) das ações desenvolvidas desses 14 anos de existência, somente relatos de suposta atuação cartorial (BORBA, 1991).

Diante dessa situação, a secretaria de saúde iniciou o processo de revitalização do CMS, com a organização estrutural do conselho, eleição da mesa diretora, capacitação de conselheiros e o estabelecimento do cronograma de reuniões ordinárias. A publicação do Pacto pela Saúde, Portaria/GM nº 399 de 22/02/2006, acelerou o desafio de mudanças na qualificação da gestão e sensibilização da comunidade sobre sua atuação no controle social (BRASIL, 2006).

Vale ressaltar que a ampliação dos serviços de saúde nos últimos seis anos, com a implantação da Estratégia Saúde da Família - ESF, partiu de uma unidade mista (onde eram oferecidos os atendimentos de atenção básica e hospitalar) para seis Unidades Básicas de Saúde da Família - UBSF's na zona urbana, duas UBSF mais uma equipe itinerante na zona rural, um Núcleo de Apoio à Saúde da Família - NASF e um Centro de Atenção Psicossocial – CAPS I, sendo redimensionada a Unidade Mista de Borba para o atendimento hospitalar. Causaram impacto positivo na comunidade, porém os ruídos quanto à organização dos serviços e principalmente a porta de entrada do SUS, persistiam.

No município, exceto os eventos religiosos, as mobilizações sociais se dão de forma bastante tímida. Vale considerar que historicamente a prefeitura tem sido a maior empregadora da mão de obra local, restringindo o debate entre situação e oposição, o desconhecimento acerca das Políticas Públicas em Saúde é outro fator determinante da participação social insipiente. Ampliando esse olhar para o campo macro, atualmente com o desenvolvimento social globalizado, a saúde tem sido vista como bem de consumo imediato, em detrimento de práticas saudáveis e do bem estar coletivo.

3 DINÂMICA DO PROCESSO PARTICIPATIVO

O objetivo geral na implementação das ações participativas na secretaria de saúde do município foi promover e estimular a problematização da organização dos serviços junto aos usuários na prática cotidiana em saúde, instrumentalizar e fortalecer o controle social e viabilizando a transparência nos instrumentos de gestão, com vistas a:

- Sensibilizar os conselheiros de saúde e lideranças comunitárias quanto aos espaços coletivos e a participação popular no SUS;
- Promover o empoderamento, a divulgação e a qualificação, sobre a Política Nacional de Saúde e os instrumentos de gestão;
- Apoiar as ações do controle social e viabilizar a participação de conselheiros nos eventos do controle social do SUS, com vistas a fomentar a instrumentalização e autonomia do CMS de Borba;
- Planejar e articular a capacitação de conselheiros municipais de saúde.

A adequação da realidade local ao modelo de gestão participativa implica para o gestor um desafio: harmonizar o trânsito entre as dimensões política e técnica, ampliando o *foco político* junto aos profissionais de saúde, cuja formação técnico-curativa por vezes se sobrepõe aos aspectos sociais e dando visibilidade ao *foco técnico organizacional* aos usuários, sensibilizando e esclarecendo os aspectos técnicos a serem considerados na priorização das necessidades frente aos desejos da população. Estar atento a essa prática favorece o monitoramento livre e esclarecido da sociedade sobre as ações. O caráter desse processo é permanente e extremamente dinâmico baseado na incorporação cotidiana da escuta - ativa, do diálogo e da construção coletiva de saberes e ações na perspectiva de redefinir a relação entre a gestão, profissionais de saúde e usuários.

Esse processo de mudança perpassa diversas fases, entre os atores envolvidos, como: recusa, resistência, experimentação e comprometimento, competindo ao gestor o desenvolvimento de uma percepção aguçada para identificar essas fases, a fim de dispor de estratégias de superação dos obstáculos e compor uma equipe permanente de apoiadores / multiplicadores entre os profissionais e comunitários, de modo a ampliar a participação popular e, também, garantir a continuidade desse processo independente de sua presença. Na manutenção das ações do CMS foram utilizados recursos do ParticipaSUS (Portaria nº 3.251MS-GM 22/12/09) e, também, recursos próprios da Prefeitura Municipal de Borba para custeio da participação dos

conselheiros em eventos do controle social no âmbito estadual e nacional, além da cessão de um auxiliar administrativo de seu quadro, para o registro e apoio ao CMS (BRASIL, 2009).

Embora a gestão participativa permeie as mais diversas áreas da gestão em saúde, na rotina do CMS, reuniões ordinárias (mensais) ou extraordinárias, são desenvolvidas ações regulares de troca de saberes, sobretudo quanto às políticas de saúde; a liberdade de expressão entre seus participantes; a autonomia do conselho no acompanhamento e avaliação da qualidade da assistência nos serviços de saúde, dos instrumentos de gestão (Plano Municipal de Saúde, Plano Anual de Saúde e Relatório Anual de Saúde) e demais ações desenvolvidas pela Secretaria Municipal de Saúde - SEMSA. Dentre as estratégias observadas no CMS de Borba, temos: comissão de finanças, visitas aos serviços de saúde da rede local, programação de reuniões itinerantes nos bairros para a formação de conselhos locais de saúde, reformulação do regimento interno do conselho com previsão de prazos para apreciação de relatórios, projetos e planos.

4 RESULTADOS E IMPACTO

Borba participa da Rede de Municípios Potencialmente Saudáveis, a partir do Projeto Viver Bem é Viver em Borba, promovendo ações de educação em saúde e práticas saudáveis articuladas ao CMS, Pastoral da Criança, movimentos sociais, realizando também, junto às secretarias de: cultura, esportes, educação, assistência social, obras e administração, a abordagem de questões sociais, grupo de melhor idade, contribuindo no acompanhamento dos programas: Sistema de Vigilância Alimentar - SISVAM, Programa Saúde na Escola – PSE, Bolsa Família e do Comitê de Dengue e Malária. Outras ações estratégicas foram planejadas, como p. ex.: articulação com a Fundação Oswaldo Cruz – FIOCRUZ para a capacitação de conselheiros municipais de saúde e lideranças populares e realização de reuniões itinerantes na zona rural do município para a construção do Plano Plurianual de Saúde de Borba: 2010-2013, aprovado na Resolução nº 42 – CMS Borba, de 08/10/2009.

Com vistas a promover o fortalecimento do controle social a SEMSA viabilizou a participação de profissionais e conselheiros de saúde nos seguintes eventos: I Oficina de Orçamento e Financiamento – Manaus, I Seminário Estadual de Gestão Estratégica e Participativa do Amazonas, II Conferência Estadual de Saúde Mental Intersetorial – AM, XXVI Congresso Nacional de Secretarias Municipais de Saúde e VII Congresso Brasileiro de Saúde, Cultura de Paz e Não-Violência – Gramado, Oficina para Implantação de Gestão e da Implementação da Política de Inclusão Digital para os Conselhos Municipais de Saúde - Manaus, Oficina de Políticas de Educação Permanente e o Pacto pela Gestão, o Encontro dos Gestores da Saúde do Interior do AM - Manaus, Caravana em Defesa do SUS e V Plenária de Conselhos de Saúde, I Encontro Norte de Educação Popular em Saúde – Boa Vista, Conferência Estadual de Saúde Ambiental – Manaus, XVI Plenária Nacional de Conselhos de Saúde – Brasília.

A partir dos contatos estabelecidos e das trocas de experiências vivenciadas nos eventos do controle social, os conselheiros apresentam maior independência na organização do CMS e na articulação política junto ao Conselho Estadual de Saúde – CES e na ocorrência de questionamentos e solicitações de esclarecimentos referentes à aprovação de projetos e do Relatório Anual de Gestão – RAG. Quanto à prestação de contas da SEMSA, foi criada a Comissão de Orçamentos e Finanças para o acompanhamento da execução financeira. Outras ações: Reformulação do Regimento Interno do CMS, Eleição da nova composição do CMS 2010-2013, elaboração do cronograma das Reuniões Itinerantes do CMS para articulação e criação dos Conselhos Locais de Saúde, planejamento da programação da 4ª Conferência Municipal de Saúde de Borba.

5 CONCLUSÃO

A promoção da participação popular através do conselho municipal de saúde é uma prática de acolhimento mútuo entre os usuários e o SUS, seja no nível federal, estadual ou municipal. O diálogo nem sempre é fácil, pois manter o discurso, e principalmente, uma prática coerente e afinada num grupo de atores com interesses heterogêneos e limitações técnicas, financeiras, políticas ou sociais é laborioso. Mais que um exercício de democracia, torna-se um exercício de justiça social, cuja medida se dá de forma proporcional ao envolvimento e empoderamento efetivo de seus atores.

A implementação de ações que fomentam a participação social na gestão em saúde de Borba, foi possível a partir de aspectos como: responsabilidade ética e maturidade política da gestão municipal, sensibilização cidadã dos profissionais de saúde e empoderamento cotidiano dos usuários do SUS. A realização de Reuniões Itinerantes do CMS nos Bairros para a criação de conselhos locais de saúde e a promoção de capacitações abertas à população em geral favorecem a divulgação da situação em saúde, das políticas públicas e das atividades do conselho, além de viabilizarem a formação de novas lideranças populares, a transparência na gestão e na organização dos serviços de saúde do município de Borba.

Nesse sentido, considerando a complexidade do processo de gestão participativa, a experiência da secretaria de saúde de Borba defende a incorporação de estratégias como a escuta qualificada, a troca dos saberes sociais e técnicos entre profissionais de saúde e usuários no cotidiano da SEMSA e dos serviços de saúde. Também, considerando a baixa oferta de capacitações sobre controle social para usuários e profissionais, a participação desses nos fóruns sobre políticas de saúde e a promoção de eventos no âmbito local, oportunamente, contribuem com a formação de capital social e a adequação da prática na gestão, nos serviços de saúde e na comunidade.

REFERÊNCIAS

BORBA (Amazonas). Prefeitura Municipal de Borba. **Lei nº 209, de 2 de agosto de 1991**, que cria o Conselho Municipal de Saúde de Borba, 1991.

BRASIL. **Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990**. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Brasília, 1990. Disponível em: <www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8142.htm>. Acesso em: 22 jul. 2014.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria MS/GM nº 399, de 22 de fevreiro de 2006**. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. Brasília, 2006. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2006/GM/GM-399.htm>. Acesso em: 22 jul. 2014.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria MS/GM nº 3.251, de 22 de dezembro de 2009**. Acrescenta Municípios a Portaria nº 2.344 de 2009, que regulamenta as condições para transferência de recursos financeiros, com vistas a implantação da Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa, do Sistema Único de Saúde - ParticipaSUS em 2009 Participa SUS. Brasília, 2009. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt3251_22_12_2009_rep.html>. Acesso em: 22 jul. 2014.

BIBLIOGRAFIA COMPLEMENTAR

BRASIL. Tribunal de Contas da União. **Orientações para conselheiros de saúde. Brasília**: TCU, 2010.

CACCIA-BAVA, S. **Participação, representação e novas formas de diálogo**. São Paulo: Pólis, 2001. p. 52. (Programa Gestão Pública e Cidadania/EAESP/FGV).

KISIL, M. **Gestão da mudança organizacional**. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, 1998. (Série Saúde & Cidadania, v. 4).

MOREIRA, M. A.; KITAJIMA, A. **Controle social no município de Borba, Amazonas**: apurando a escuta dos sussurros e fomentando a gestão participativa. Divulgação de Saúde para Debate, Rio de Janeiro, n. 44, p. 41-45, maio 2009.

GESTÃO PARTICIPATIVA EM BAIRROS: EXPERIÊNCIA DO CONSELHO GESTOR DE UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA DA CASA AMARELA

Alan Carlos da Silva[1]
Adriana Imthon[2]
Ana Lúcia Moniz Ganem[3]

RESUMO

Alcançados 23 anos desde a formalização da participação popular no Sistema Único de Saúde, são diversas as experiências no controle social, num grande exercício de gestão participativa, que foi ampliado para experiências locais, hoje configuradas, em Piraí-RJ, nos Conselhos Gestores de Unidade (CGU). Em outras palavras, diversos espaços de participação, que não somente os garantidos em lei, foram criados partindo-se do princípio que ouvindo todos os envolvidos, no que diz respeito às decisões de saúde, produziriam ações melhor adaptadas às necessidades dos usuários dos serviços. Neste município, com 100% de cobertura da Estratégia de Saúde da Família (ESF), ocorre fomento à participação popular de tal forma que toda a rede (básica e hospitalar) possui CGUs. Entretanto, na ESF da Casa Amarela, esta prática esteve ameaçada haja vista a baixa participação da comunidade, em algumas delas vindo apenas 01 usuário. Neste contexto, em junho de 2010, num movimento de reativação e estimulação à participação popular, a USF teve por estratégia realizar as reuniões do CGU nos bairros da área adscrita desta unidade, almejando fomentar aumento da participação popular nas decisões de saúde no nível da ESF; renovar a representação do CGU; divulgar trabalho do CGU e atribuições do PSF e; estimular a corresponsabilidade entre equipe de saúde e comunidade para com os serviços de saúde prestados. O desenvolvimento contou com o apoio da representação usuária do CGU, no qual decidimos realizar as reuniões do conselho nos bairros de nossa área adscrita, o que ainda está em andamento, numa reunião ampliada. Como resultados citamos a realização das reuniões nos 07 bairros da área adscrita da ESF Casa Amarela, em processo de rodízio mensal, alcançando 77 pessoas em sua totalidade. Conseguimos ainda realizar a modificação de composição do conselho através do despontar presencial de outras 02 usuárias às reuniões nos bairros e protagonismo nas decisões de saúde, haja vista o absenteísmo de outros representantes. Concluímos que a realização das reuniões nos bairros possibilitou a criação de espaço rico de troca de experiências e informações entre estes atores, aumentando a

[1] Mestre em Administração da Saúde (IMS/UERJ, 2011), Especialista em Promoção da Saúde (UFF, 2005), Enfermeiro (UFF, 2004), Enfermeiro da família da ESF Casa Amarela/Piraí/RJ. Endereço: Rua bulhões de Carvalho, 3003, CS 43, Casa Amarela, Piraí, RJ - CEP 27.175-000.

[2] Enfermeiro da família da ESF Casa Amarela/Piraí/RJ.

[3] Médica generalista da ESF Casa Amarela/Piraí/RJ.

proximidade e compreensão das falas entre estes, assim como fortaleceu a gestão compartilhada e participativa através do amadurecimento das discussões influenciando as decisões locais.

Palavras-chave: Participação Social. Conselho Gestor de Unidade. Estratégia de Saúde da Família.

1 INTRODUÇÃO

O presente trabalho tem ponto de partida no arcabouço jurídico-normativo da participação no Brasil, a partir da promulgação da Carta Magna de 1988, quando assegurou a participação da comunidade como uma diretriz no Sistema Único de Saúde (SUS). Posteriormente, com a Lei nº 8.142 de 1990, reafirma-se esta participação, sendo privilegiada a sociedade civil organizada, por intermédio dos Conselhos e Conferências de Saúde, configurada como controle social, relacionando esta participação com o repasse financeiro do sistema.

Nesta ótica, para Guizardi (2008, p. 13)

> a formalização destas instâncias consistiu num esforço em assegurar a existência de espaços de representação dos segmentos que compõem o SUS, com caráter permanente e deliberativo, dotados de prerrogativas de formu-lação de estratégias, acompanhamento e fiscalização da execução das políticas públicas.

Esta institucionalização deflagrou a constituição de diversos conselhos e representou um salto na participação social do sistema de saúde brasileiro, havendo hoje repercussões em outros setores públicos. Contudo, esta forma de participação recebe criticas, tais como "dissimetria entre os participantes, falta de acesso às informações, o uso de linguagem técnica, manipulação política, as atitudes ambíguas por parte do governo que ora incentiva a participação, ora a boicota" (WENDHAUSEN; CARDOSO, 2007, p. 580).

Esta ideia de controle social, se recorrer a estudos sociais, "o conceito está associado ao condicionamento ou limitação das ações dos indivíduos, do ponto de vista dos valores, das normas e dos comportamentos, pelos grupos sociais e pela sociedade os quais pertencem" (STOTZ, 2006, p. 150); no caso da saúde, se faz de maneira inversa na perspectiva de a sociedade civil organizada "ter o poder de influenciar as políticas públicas com o objetivo de que estas atendam as suas necessidades, exercendo sua cidadania ao tomar decisões sobre a destinação da verba pública" (PESTANA et al., 2007, p. 487).

Tal concepção se deu a partir do impeachment do presidente da república Collor em 1992, face à corrupção presente em seu governo, no qual se percebe, no imaginário coletivo, a necessidade de se inverter a tradicional definição de controle social, num conceito em que a sociedade controle o Estado.

Tal afirmação é consubstanciada pela a ênfase da legislação em controlar e fiscalizar as ações do Estado, haja vista que o conselho de saúde "atua na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde na instância correspondente, inclusive nos aspectos

econômicos e financeiros" (BRASIL, 1990). Desta forma, não percebemos a merecida atenção às formas de participação neste processo; com isso, entendo que há uma insuficiência do termo controle social para caracterizar as práticas participativas no seu sentido ampliado, como práticas sociais.

Mediante este quadro geral do controle social no Brasil, percebem-se investimentos no que concerne à aproximação do poder público à comunidade sob sua responsabilidade, configurados na implantação da Estratégia de Saúde da Família (ESF), caracterizando a capilaridade do ente federado mais próximo da população.

Esta expansão representa a importância da Atenção Primária em Saúde no que diz respeito aos cuidados de saúde, haja vista sua complexidade. Quando aqui nos referirmos ao termo cuidado, estaremos apoiados na definição de Ayres (2004, p. 22): "designação de uma atenção à saúde imediatamente interessada no sentido existencial da experiência do adoecimento, físico ou mental, e, por conseguinte, também das práticas de promoção, proteção ou recuperação da saúde".

Como política de governo, o município optou pelo investimento na atenção básica em saúde, alcançando 100% de cobertura da Estratégia de Saúde da Família (ESF), melhorando o acesso da população aos serviços de saúde, acreditando que esta fosse a melhor forma de atender as necessidades da comunidade no que diz respeito à saúde.

No nosso entendimento, a ESF apresentou ao governo uma faceta da comunidade até então pouco perceptível, ou vistas em algumas nuances, principalmente no que diz respeito às suas fragilidades no campo social (pobreza, miséria, moradias inapropriadas, subemprego, emprego informal, etc.). Na medida em que o serviço, que outrora aguardava a demanda da comunidade, adentra nos bairros, as casas, as famílias, passam a conhecer esta realidade, o que pode viabilizar ações mais concretas dentro das necessidades dos usuários dos serviços e viabilizam novas descobertas.

Diante deste quadro, aliado ao crescimento das práticas participativas oriundas do controle social, num grande exercício de gestão participativa, o município de Piraí-RJ ampliou suas atividades para experiências locais, hoje configuradas, nos Conselhos Gestores de Unidade (CGU). Em outras palavras, diversos espaços de participação, que não somente os garantidos em lei foram criados partindo-se do princípio que se ouvindo todos os envolvidos, no que diz respeito às decisões de saúde, produziriam ações que melhor atendessem às necessidades dos usuários dos serviços.

O CGU pode ser compreendido pela

> a instância de participação e de decisão que está mais próxima dos usuários do SUS onde é discutido e decidido o dia-a-dia dos serviços ali demandados, (que) deve oportunizar a participação dos segmentos organizados da comunidade na definição e operacionalização da política de saúde local (PESTANA et al., 2007, p. 486).

Os CGUs têm por objetivo "gerenciar o serviço de saúde junto com os trabalhadores de saúde e a população" (VOLTA REDONDA, 1998, p. 4), contando com uma representação paritária e, neste sentido, representam uma das formas de participação da comunidade nas decisões de saúde locais, influenciando diretamente no atendimento mais próximo do cidadão.

No nosso entendimento os CGUs, no que tange a nossa discussão de participação no setor saúde, representam uma capilaridade na vida da comunidade em se tratando dos serviços de ponta que são utilizados pelos usuários sociedade, na mesma medida em que fazemos parte da sociedade, assim como participamos de nossa (s) família, escola, igreja, bairro, etc., a saúde representa uma constante busca diante dos cuidados deste contexto para fazermos parte destes.

E desse modo, percebemos que a prática vivenciada nos CGUs converge com os conceitos de participação e democratização na tomada de decisões nos serviços de saúde, haja vista que a comunidade usuária dos serviços traz suas sugestões de melhorias para o mesmo, num movimento de gestão participativa na medida em que possibilita a "participação mais direta na organização das práticas de saúde por parte de usuários, gerentes e trabalhadores de unidades de saúde" (BRASIL, 2007, p. 7).

A minha experiência me permite citar que a participação para tomada de decisões requer uma compreensão ampliada acerca da atuação dos atores, contextos institucionais e, sobretudo as sua práticas nos diversos espaços da coletividade, e pode contribuir com uma sociedade melhor, em resposta às desigualdades sociais citadas, na perspectiva da integralidade que, "para além do texto da lei, se constrói no dia-a-dia dos serviços, no diálogo entre os diversos agentes sociais que compõem o SUS, (...) no vai e vem dos movimentos constantes de transformação das práticas de saúde" (LOUZADA, 2OO7, p. 38).

Quando citamos formas de participação na saúde que não somente as formalizadas, trazemos à tona a experiência dos conselhos gestores de unidades no município de Piraí, por tratar-se de reinvenção da prática participativa no campo da saúde, e se conforma na constituição do direito à saúde.

Nesta vertente, percebemos que o cotidiano pode expressar e configurar práticas participativas importantes para o processo decisório em saúde, por exemplo: associação de

moradores solicitando atendimento noturno na unidade de saúde a fim de contemplar seus trabalhadores, igrejas apoiando suas fiéis na realização do exame papanicolau, etc.

Num propósito de estímulo à participação de uma forma compartilhada e desvinculada da fiscalização das ações, o CGU busca resolver problemas juntos e pode proporcionar melhorias nos serviços prestados à comunidade, além de aumentar a capacidade de resolução de problemas, que antes se restringiam aos espaços dos conselhos e conferências de saúde.

Nesta perspectiva, este trabalho tem relevância para o campo da saúde coletiva, na medida em que estudos dessa natureza contribuem para decisões compartilhadas num processo de corresponsabilidade entre todos os atores envolvidos (usuários, profissionais e gerentes de unidades), ao abordar questões do cotidiano, no sentido de preencher uma lacuna de conhecimento, que auxilie na prática cotidiana da integralidade da atenção no cuidado à saúde.

A opção pelos CGUs está fundamentada na prática participativa representativa que pode influenciar direta e indiretamente nas ações de saúde local. Quando mencionamos indiretamente, nos referimos aos demais determinantes da saúde que não compõem o âmbito de decisão do setor, mas que sem eles, a discussão do direito à saúde torna-se limitada.

Esta questão traz consigo uma inabilidade ou insuficiência das políticas de saúde, as quais podemos reverter ou influenciar, no que diz respeito ao atendimento das necessidades de saúde do povo, tal como aponta Coelho (2007, p. 77) quando cita que "boa parte da incapacidade das políticas públicas em promover mudanças substantivas no *status quo* resulta da não-inclusão dos destinatários dessas políticas no processo decisório".

Ressaltamos que a prática de decidir junto ainda está em crescimento e desta forma, as reuniões do CGU nos bairros coaduna com o conceito de Bordenave (1994, p. 20) de que "a participação não mais consiste na recepção passiva dos benefícios da sociedade, mas na intervenção ativa na sua construção, o que é feito através da tomada de decisões e das atividades sociais em todos os níveis".

Trataremos aqui da experiência de participação da sociedade civil na esfera municipal e, mais especificamente, no âmbito local da área de atuação da unidade de saúde da Casa Amarela, aqui representado nos CGUs em Piraí, no que tange a capacidade de influenciar, incluir e integrar outros setores, na busca de soluções mais efetivas no sentido da atenção ao cuidado, num grande exercício de cidadania.

2 OBJETIVOS DA EXPERIÊNCIA

• Fomentar o aumento da participação popular nas decisões de saúde no nível da ESF da Casa Amarela;

• Renovar a representação do segmento de usuários do CGU da Casa Amarela;

• Divulgar o trabalho do CGU e atribuições do PSF; e

• Estimular a corresponsabilidade entre equipe de saúde e comunidade.

3 APRESENTAÇÃO DA EXPERIÊNCIA

O município de Piraí possui cadastrado pelo IBGE 26.314 de habitantes no censo demográfico de 2010, e está localizado no Estado do Rio de Janeiro, região Médio Paraíba, fazendo limite ao norte com os municípios de Barra do Piraí e Pinheiral, ao sul com Rio Claro e Itaguaí, ao leste com Mendes, Paracambi e Itaguaí e a oeste com Volta Redonda, Barra Mansa e Pinheiral. É cortada pela Rodovia Presidente Dutra em toda a sua extensão territorial que é de 504 Km^2, com baixa densidade demográfica, num total de 51,2 habitantes por Km^2.

O sistema de gestão atual é o Pleno de Atenção Básica, e 100% de suas unidades de saúde têm o título de Amigas da Amamentação. Conta com 10 módulos de Saúde da Família, o que representa 100% da população atendida pela estratégia. Possui um laboratório próprio e duas unidades de emergência. A estrutura hospitalar conta com um hospital, de natureza filantrópica, administrado num regime de parceria entre a prefeitura e a Santa Casa de Misericórdia (Hospital Flávio Leal). Há dois serviços de fisioterapia públicos.

As unidades da ESF, que receberam o nome dos bairros em que estão sediadas ou atuam, são: Arrozal, Casa Amarela, Centro, Jaqueira, Ponte das Laranjeiras, Rosa Machado, Santanésia, Varjão, Cacaria-Serra do Matoso e Caiçara-Light.

Conforme institucionalizado, o município possui seu Conselho de Saúde que, em resolução própria e com apoio do gestor do setor, em 2005 regulamentou a instituição e funcionamento dos conselhos gestores de unidades de saúde, obedecendo aos princípios de representação paritária, entendendo que a gestão participativa nos serviços de ponta, no caso na Estratégia de Saúde de Família pode dar maior resolutividade às ações de saúde (CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DE PIRAÍ, 2005).

Quanto a ESF da Casa Amarela, o bairro que sedia o CGU num exemplo de gestão participativa que busca se aproximar cada vez da comunidade, se localiza próxima ao centro da cidade, e possui cadastradas em 2011 no Sistema de Informação da Atenção Básica um total de 4.039 habitantes.

Desde a regulamentação dos CGUs, por intermédio de Resolução do CMS no ano de 2005, a equipe de saúde apresenta dificuldades na implantação do conselho de sua unidade, haja vista a falta de participação da comunidade às reuniões, havendo não representação para paridade do conselho.

Neste tocante, lembramos aqui algumas estratégias de chamado para formulação do mesmo: atividades educativas de conscientização e importância dos CGUS; associações de moradores pouco representativas; chamado dos presidentes das associações de moradores com apoio, etc.

Dentre os parceiros nesta estimulação, na nossa experiência, temos representantes da Confederação Nacional de Associação de Moradores, Igrejas Locais, escolas, reuniões com outros profissionais de saúde que possuem vivência de mobilização social, etc.

Apoiados na resolução, a composição do CGU deve ter 08 representantes da comunidade, 04 dos trabalhadores da unidade e 04 da gerência da mesma. Os primeiros são escolhidos por voto popular através de assembléia local, os segundos são da opção da equipe de saúde, enquanto os últimos são indicados pela Secretaria de Saúde, geralmente o gerente da unidade (CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DE PIRAÍ, 2005).

Na vivência do município, devido à falta de representantes, não há CGU que tenha esta composição e desta forma, trabalha-se com a paridade mínima de 04 representantes do segmento dos usuários, 02 dos profissionais de saúde da unidade e 02 da gerência da mesma, acreditando que desta forma possam ser lançadas sementes que estimulem a participação de mais pessoas.

Na ESF da Casa Amarela, após as tentativas sem sucesso pela unidade de saúde, optou-se por realizar contato com conselheiro municipal de saúde que tinha grande influência na área de abrangência da unidade, haja vista seu protagonismo religioso. Desta forma, combinamos nova reunião, em que tivemos a presença de 13 usuários, sendo 03 deles conselheiros municipais de saúde, quando apresentamos a proposta do CGU e daquele local, por aclamação, conseguimos os 04 representantes do segmento dos usuários.

Datada esta reunião em 2009, após tomarmos posse no CMS, iniciamos com regularidade as reuniões ordinárias do conselho, quando percebemos esvaziamento das reuniões por parte dos usuários e em certo momento, nos vemos em uma reunião contando apenas com 01 representante da comunidade. Diante deste quadro, nesta reunião, teve-se a ideia de apresentarmos À comunidade o CGU da Casa Amarela, e ficou decidido que as reuniões ordinárias do conselho ocorressem nos bairros de abrangência da ESF em questão.

À partir desta ideia criamos como estratégia cartazes, folhetos e convites individuais para que fossem distribuídos, principalmente no bairro em questão, para que pudéssemos ter o maior número possível de pessoas nas reuniões. Deste modo, percorremos os bairros da área de abrangência da unidade de saúde, na seguinte ordem de bairros: Casa Amarela, Prefeitura, Cruzeiro, Sarole, Vila das Palmeiras e Sossego I e II.

É importante frisarmos que a mobilização se deu conjuntamente entre os segmentos, quando em reunião de equipe estimulava-se a participação, principalmente dos ACS das áreas, a fim de que pudessem observar como estava o olhar daquela comunidade sob o seu trabalho; a gerência querendo saber como andava o trabalho da equipe para com a comunidade; e a comunidade repassando informações aos seus pares num processo de confiança no conselho.

Esta conformação de reuniões do CGU nos bairros apresenta potencial inovador no campo da gestão participativa no SUS, haja vista que amplia o conceito de decidir junto para além das usuais representações estabelecidas pelo processo democrático, assim como pode produzir mais ecos às ações do conselho para com as pessoas que porventura acreditam que tal discussão não leva a nada.

Embora esta prática tenha origem na falta de representação do segmento dos usuários, demonstra o quanto importante é criar novas estratégias de espaços de participação na comunidade, de tal forma que fortaleça a gestão participativa. Lembramos aqui que esta vivência é a nível local, porém resguardadas as devidas proporções pode-se ampliar para qualquer área de abrangência quando a intenção é ampliar o processo participativo nas decisões em saúde.

Desta forma, concordando com Oliveira (2006, p. 42) acreditamos que "os sujeitos envolvidos em processos participatórios vão adquirindo um saber que lhes permite galgar graus cada vez mais elevados de participação".

O exercício da realização de reuniões nos bairros apresenta ainda características de continuidade, que são oriundas da própria comunidade, quando solicitam novas reuniões no bairro, haja vista que se sentem mais valorizados por ouvimos suas opiniões e queixas, bem como mais fortalecidos, pois estão colocando situações com apoio das pessoas que são consideradas seus amigos, já os grupos vizinhos acabam indo juntos.

Obstante do êxito desta experiência, foram presenciadas dificuldades no que diz respeito à falta de participação da comunidade, que acreditamos ter origem na história participativa daquele bairro, que pode influenciar na forma como as pessoas acreditam e valorizam do processo participativo.

Neste contexto, percebemos certo descrédito das ações do CGU, seja por parte da comunidade ou de alguns profissionais de saúde, que, cogitamos ser devido a visão de que as reuniões poderiam representar represálias a pessoa ou familiar daquele que trouxe a queixa do serviço de saúde; e a suposição no que diz respeito aos profissionais é de que, diante da gama de atividades desempenhadas na rotina de trabalho, aquele processo não possuía a mesma importância, haja vista que apareceu em algumas 'conversas de corredores' a queixa de que as reuniões do

CGU só serviam para ouvir a comunidade falando mal do trabalho do agente comunitário.

Outra questão que significou dificuldade durante a realização das reuniões nos bairros trata-se das pessoas que buscavam resolução de questões pessoais e, em certo momento e sem a devida coordenação do processo, criava-se uma expectativa de que as reuniões serviriam de trampolim para a solução de um problema de saúde. Para nós configura uma visão limitada do CGU, contudo, o caso individual nos servia de exemplo para exaltar a complexidade em cuidar e buscar compartilhamentos nestes cuidados.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Considerando a existência de 07 bairros na área adscrita da ESF Casa Amarela foram realizadas até o momento, em processo de rodízio, 07 reuniões com o alcance de 77 pessoas em sua totalidade. Em outras palavras, a passos curtos nos infiltrávamos nas comunidades tentando compreender seu ponto de vista, divulgando a visão da equipe de saúde e dividindo as responsabilidades.

Anteriormente às reuniões, ocorria o movimento na unidade de saúde de divulgação no bairro e na equipe, para tal foram criados folhetos explicativos tamanhos diferenciados: o maior tinha como objetivo fazer um chamado geral e ficar em locais de maior movimentação (unidade de saúde, igrejas, bares, etc.), e um menor que serviam como convites individuais que tinham como princípio serem entregues pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) durante suas visitas domiciliares, da mesma forma que tinham na unidade de saúde, aproveitando-se o momento em que os usuários ia buscar a equipe para qualquer questão.

Em média, como se tratava de novo bairro, as reuniões tinham a seguinte pauta prévia, que servirá de guia para o contar desta experiência: apresentação dos presentes; divulgação dos objetivos daquela reunião; seguia-se com a abertura para que a comunidade exponha sua insatisfação perante o trabalho da unidade; procedemos aos devidos esclarecimentos; solicitamos propostas de melhoria nos serviços; e finalizamos com o agendamento do próximo bairro para facilitar divulgação.

Tomando esta pauta como base, citamos que o segmento dos profissionais e da administração da unidade, em sua formalidade, estava em todas as reuniões. No que diz respeito à comunidade, a presença variava conforme o grau de participação do bairro e mobilização do ACS correspondente. Por exemplo, tivemos reuniões em que contamos com 04 usuários, assim como nos deparamos com 34 pessoas.

Aliados ao processo de chamado e divulgação para as reuniões do CGU nos bairros, notamos que se formava uma rede amplificadora das informações, na medida que os representantes das igrejas que tinham filiais em outros bairros, nos auxiliavam no chamado de seus fiéis. Neste tocante, Lopes et al. (2011, p. 215) concorda que “a participação dos usuários nos serviços de saúde favorece a construção de redes sociais locais pautadas por valores de solidariedade que possibilitam o exercício da democracia e a construção de práticas inovadoras, necessárias para efetivação do direito à saúde”.

No que tange a apresentação dos objetivos da reunião, com o apoio de um folheto explicativo, são colocados os conceitos e objetivos do CGU exaltando a importância de se tomar decisões compartilhando os olhares sob aquela situação e facilitando a identificação de estratégias que possam dar conta daquele problema. Neste contexto, a comunidade pode vislumbrar que aquele é um espaço em que ela pode trazer sua opinião sem represálias, haja vista o caráter de entendimento do problema para melhoria do mesmo.

É neste sentido que Bordenave (1994, p. 51) cita que o

> diálogo não significa apenas conversa. Significa se colocar no lugar do outro para compreender seu ponto de vista; respeitar a opinião alheia; aceitar a vitória da maioria; pôr em comum as experiências vividas sejam boas ou ruins; partilhar a informação disponível; tolerar longas discussões para chegar a um consenso satisfatório para todos.

A todo o momento durante as reuniões busca-se este tipo de discussão, em seu sentido literal, evitando-se embates e buscando-se acordos, em prol da melhoria do atendimento da unidade de saúde que possa configurar uma melhora na qualidade de vida da mesma.

Adentrando nossos pontos de discussão e considerando que os usuários presentes, em virtude do não conhecimento do trabalho do conselho, percebem a reunião como um salto na resolução de seu problema e trazem questões individuais, a equipe aproveita o momento para poder colocar seu ponto de vista diante do caso, bem como permite explicar os fluxos e rotinas da unidade de saúde, etc.

Elencamos aqui, por ordem de questionamentos, as pautas mais frequentes: funções dos ACS, marcação de consultas (seja da atenção básica ou da especialidade), atendimento na recepção (informações claras e objetivas), falta ou insuficiência de médicos, falta ou insuficiência de selos para realização de exames e falta ou insuficiência de medicações. É interessante perceber a diversidade de questões, algumas delas tão complexas que envolvem outros setores.

Este resultado encontrado coaduna com a afirmação de Martins & Cuentro (2011, p. 141):

> o usuário cobra dos profissionais de suas unidades não só respostas as suas demandas específicas por cuidados, mas respostas as demandas bem mais amplas, que são afetivas e culturais. Este quadro conjuntural gera, frequentemente, perplexidade entre os gestores e profissionais de saúde, pois tais demandas extrapolam o âmbito da saúde para refletir uma situação de precariedade no processo de constituição da cidadania.

No que se refere ao principal tópico de queixas, podemos citar que há um equívoco com relação a compreensão do trabalho do ACS, acreditando que o papel do mesmo deva ser

compatível com o de um ‘correio’ em que somente traz e leva informações entre a unidade de saúde e o usuário dos serviços. Consideramos tal visão limitada, e nas reuniões apresentamos as diversas funções do mesmo no que diz respeito ao acompanhamento daquela comunidade.

Diante destas situações, ocorrem os devidos esclarecimentos da ESF, que giram em torno de sua prática, das atividades desenvolvidas pelos diversos profissionais envolvidos, da filosofia de trabalho, corresponsabilidade no cuidado, etc. Tais questões nos impulsionaram a formular novo folheto explicativo acerca dos conceitos da ESF, tendo tópico especial para o ACS, bem como apresentamos quadro geral de funcionários da unidade, suas principais atividades, caracterização da área atendida pela estratégia e algumas dificuldades pertinentes à comunidade.

Afinados os pontos de vista por intermédio das colocações dos atores, é possível que, conjuntamente, os presentes possam dar suas contribuições para melhoria das situações vistas, e é neste contexto que: “pensa-se em um espaço que proporcione mais laços e menos nós, mais lutas e menos disputas. É a construção coletiva deste espaço que acreditamos ser uma possibilidade de implantação da incubadora da integralidade”. (GERHARDT, 2011, p. 266).

Dentre as mudanças reais durante esta experiência, citamos a modificação da forma de realização do agendamento da unidade, que até então era mensal, passou a ser semanal; melhor utilização do quadro de avisos a fim de melhorar as informações; realização de coleta papanicolau por profissional do sexo feminino; sistemas diferenciados de agendamento conforme grupos prioritários; etc.

À partir deste momento, a reunião já se encontrava mais tranquila, diferentemente de seu início quando percebia-se certos desgastes por conta de problemas individuais ainda não resolvidos, e acordava-se o próximo bairro para realização da reunião, tendo por base a opinião da comunidade já que eles teriam sua cota de responsabilidade na divulgação da mesma, tendo como principal viabilizador, os fiéis das igrejas.

É interessante perceber o quanto o processo viabiliza a ‘sobrevivência’ deste CGU, uma vez que os representantes dos usuários que estavam formalizados em posse no CMS não mais compareciam às reuniões e, seguindo a Resolução do CMS nº 05 de 2005 e, neste sentido, com o interesse participativo de duas usuárias em frequentar as reuniões não somente em seus devidos bairros, realizamos a troca da representação do segmento dos usuários.

Ressaltamos aqui que ainda não há amadurecimento do CGU para que possamos partir para um processo eleitoral efetivo, que é o mais ideal neste caso, todavia, com a continuidade desta estratégia, programamos esta realização para o próximo pleito, com previsão para o ano de 2012.

Configurado em experiência exitosa na gestão participativa da ESF da Casa amarela, por intermédio de nosso CGU, acreditamos que

> a participação facilita o crescimento da consciência crítica da população, fortalece seu poder de reivindicação e a prepara para adquirir mais poder na sociedade. Além disso, por meio da participação conseguem-se resolver problemas que ao indivíduo parecem insolúveis se contar somente com suas próprias forças (BORDENARVE, 1994, p. 12).

5 CONCLUSÕES

Ainda não temos um caminho que nos leve a uma maior participação da comunidade nas tomadas de decisões que são feitas no setor saúde, mas acreditamos que os CGUs repre-sentam um dos muitos esforços neste intuito, da mesma forma que nos instiga a olhar melhor esta participação por se tratar de tomada de decisões que podem influenciar diretamente no atendimento da unidade de saúde, ou seja, no local que mais é perceptível ao usuário dos serviços.

A realização das reuniões nos bairros possibilitou a criação de espaço fértil de troca de experiências e informações entre estes atores, aumentando a proximidade e compreensão das falas entre estes, assim como fortaleceu a gestão compartilhada e participativa através do amadurecimento das discussões, influenciando as decisões locais.

Durante sua realização, percebemos repercussão positiva do que era discutido nas reuniões para com a equipe, num processo de valorização da tomada de decisões ouvindo-se todos os interessados, promovendo de participação em outros momentos que não somente no CGU.

Os avanços diante desta prática participativa de gestão a nível local da ESF, no sentido de decidir junto sobre as ações de saúde, sobrepujam os limites vivenciados e, desta forma, os CGUs configuram viabilidade na construção de práticas democráticas, inovadoras e trans-formadoras da realidade indesejada.

Os CGUs representam uma das formas de participação na saúde que não somente as for-malizadas em Lei, e trata-se de reinvenção da prática participativa no campo da saúde, além de se conformar na constituição do direito à saúde, haja vista o movimento solidário em torno das melhorias do serviço de saúde citado, no efetivo exercício de cidadania.

REFERÊNCIAS

AYRES, J. R. C. M. O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 13, n. 3, p. 16-29, set./dez. 2004.

BORDENAVE, J. E. D. **O que é participação**. 8. ed. São Paulo: Brasiliense, 1994.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde. **Prêmio Sérgio Arouca de Gestão Participativa**: trabalhos premiados e menções honrosas: resumos. Brasília, 2007.

_____. Senado Federal. **Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990**. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS} e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Disponível em: <www6.senado.gov.br/legislacao/ListaPublicacoes.action?id=134561>. Acesso em: 3 dez. 2010.

CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DE PIRAÍ. **Resolução nº 005, de 17 de janeiro de 2005**. Regulamenta a instituição e funcionamento dos conselhos gestores de unidades de saúde. Conselho Municipal de Saúde de Piraí, Piraí, 18 jan. 2005.

CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DE VOLTA REDONDA. **Conselho Gestor**. 2. ed. Rio de Janeiro, 1998.

GERHARDT, T. E. et al. Atores, redes sociais e mediação na saúde: laços e nós em um cotidiano rural. In: PINHEIRO, R.; MARTINS, P. H. (Org.). **Usuários, redes sociais, mediações e integralidade em saúde**. Rio da Janeiro: UERJ/IMS/LAPPIS, 2011. p. 253-270.

GUIZARDI, F. L. **Do controle social à gestão participativa**: perspectivas póssoberanas para a participação política no SUS. 258f. Tese (Doutorado em Política, Planejamento e Administração em Saúde) – Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2008.

LOPES, T. C. et al. O plantonista social como mediador na construção da cidadania e das ações de saúde. In: PINHEIRO, R.; MARTINS, P. H. (Org.). **Usuários, redes sociais, mediações e integralidade em saúde**. Rio da Janeiro: UERJ/IMS/LAPPIS, 2011. p. 215-222.

LOUZADA, A. P. F. et al. Integralidade e trabalho em equipe no campo da saúde. In: PINHEIRO, R. et al. (Org.). **Trabalho em equipe sob o eixo da integralidade**: valores, saberes e práticas. Rio de Janeiro: IMS/UERJ; CEPESC; ABRASCO, 2007. p. 37-52.

MARTINS, P. H.; CUENTRO, A. C. Os profissionais de saúde como mediadores individuais: a resolução da demanda ilimitada por cidadania pelo mecanismo do duplo registro. In: PINHEIRO, R.; MARTINS, P. H. (Org.). **Usuários, redes sociais, mediações e integralidade em saúde**. Rio de Janeiro: UERJ/IMS/LAPPIS, 2011. p. 139-148.

OLIVEIRA, L. C. **As práticas de participação institucionalizadas e a interface com a Cultura Política**: um olhar sobre o cotidiano de um Conselho Municipal de Saúde do Nordeste Brasileiro. 2006. 258f. Tese (Doutorado em Política, Planejamento e Administração em Saúde) – Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2006.

PESTANA, C. L. S. et al. Contradições surgidas no conselho gestor de unidade básica de saúde. **Physis**: Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 17, n. 3, p. 485-499, 2007.

STOTZ, E. N. Trajetória, limites e desafios do controle social do SUS. **Saúde em debate**, v. 30, n. 73/74, p. 149-160, maio/dez. 2006.

UGARTE, P. S. Que participação para qual democracia? In: COELHO; V. S. P.; NOBRE, M. (Org.). **Participação e deliberação**: teoria democrática e experiências institucionais no Brasil contemporâneo. São Paulo: Editora 34, 2004. p. 93-106.

WENDHAUSEN, A.; CARDOSO, S. M. Processo decisório e Conselhos Gestores de Saúde: aproximações teóricas. **Revista Brasileira de Enfermagem,** Brasília, v. 60, n. 5, p. 579-584, 2007.

OUVIDORIA PÚBLICA DE SAÚDE DE BRUMADINHO/MG: UM DISPOSITIVO A FAVOR DA CIDADANIA

Rita de Cássia Costa da Silva[1]
Aparecida Celina Alves de Oliveira[2]
Nildsilene da Silva[3]

RESUMO

O município de Brumadinho (MG) implantou a ouvidoria pública de saúde após ampla discussão com as áreas técnicas que compõem a Secretaria Municipal de Saúde e com o Conselho Municipal de Saúde. Adotou a premissa de que as ouvidorias públicas são ferramentas estratégicas de promoção da cidadania, portanto, é espaço estratégico e democrático de comunicação entre o cidadão e os gestores do Sistema Único de Saúde. **Objetivo:** descrever o processo de implantação da ouvidoria de saúde em município de pequeno porte. **Métodos:** a partir de análise documental foi realizada descrição do processo de implantação da ouvidoria pública de saúde, constituição da equipe técnica, atividades de educação permanente, plano de comunicação da ouvidoria e o caráter proativo que caracteriza todo o desenvolvimento das atividades. **Resultados:** constatou-se que a ouvidoria pública de saúde desenvolve suas ações em conformidade com os princípios que regem a Administração Pública e integra o Sistema Nacional de Ouvidorias da Saúde. As manifestações dos cidadãos são acolhidas, analisadas e utilizadas como ferramentas propulsoras de mudanças. Além disso, identificou-se que a ouvidoria tem um importante papel a cumprir na disseminação de informações em saúde. **Conclusões:** a experiência relatada demonstra que com vontade política e proatividade da equipe é possível contribuir para o pleno exercício da cidadania.

Palavras-chave: Ouvidoria. Participação comunitária. Saúde pública.

[1] Psicóloga, Ouvidora do SUS de Brumadinho(MG). Endereço: Rua Rio Piracicaba, 99 Jota, Brumadinho, MG, CEP: 35460-000. E-mail: magripe@gmail.com

[2] Técnica de Enfermagem, atendente da Ouvidoria do SUS de Brumadinho. Endereço: Rua do Ouro, 238, Planalto, Brumadinho, MG, CEP: 35460-000.

[3] Auxiliar Administrativo, atendente da Ouvidoria do SUS de Brumadinho. Endereço: Rua Rio Paraopeba, 237, Brumadinho, MG, CEP: 35460-000.

1 INTRODUÇÃO

O município de Brumadinho compõe a região metropolitana de Belo Horizonte, em Minas Gerais e está localizado a 50 Km da capital. De acordo com dados do IBGE sua população é de 33. 973 habitantes (IBGE, 2010).

Na área da saúde conta com uma rede assistencial cuja porta de entrada é a Estratégia de Saúde da Família, com 100% de cobertura populacional. A atenção especializada dispõe de policlínica, hospital e maternidade, centro de atenção psicossocial adulto e infantil, e centro de especialidades odontológicas. Compõe a microrregião assistencial de saúde referenciada a Betim e macrorregião de Belo Horizonte.

Em relação à participação da comunidade conforme preconiza a Lei nº 8.142/90 o município conta com conselho de saúde composto paritariamente (Resolução 333, do CNS) e realizou neste ano de 2011 sua XI conferência municipal de saúde.

A ouvidoria pública de saúde foi implantada a partir de janeiro de 2009, após ampla discussão com as áreas técnicas que compõem a secretaria de saúde, e também com o conselho municipal de saúde. Em consequência foi emitida em 16 de março de 2009 Resolução Nº 04/2009, do conselho municipal de saúde aprovando o projeto de implantação da ouvidoria da saúde.

As ouvidorias do SUS são ferramentas estratégicas de promoção da cidadania em saúde, pois organizam e interpretam as informações que recebem da sociedade, por meio de condutas que inspirem a credibilidade, a ética e o respeito ao cidadão.

Constituem-se como espaço estratégico e democrático de comunicação entre o cidadão e os gestores do Sistema Único de Saúde, relativo aos serviços prestados.

É fundamental para a consolidação do SUS que o cidadão tenha um espaço para solicitar informações sobre as ações e serviços de saúde ou registrar sua sugestão, elogio, reclamação e denúncia, com resposta ágil e resolutiva à sua manifestação visando à melhoria do atendimento prestado. Assim, a ouvidoria orienta, encaminha, acompanha a manifestação e responde ao cidadão sobre as providências adotadas.

Uma importante característica da ouvidoria é facilitar o dialogo entre os diversos atores envolvidos na efetivação da política pública de saúde do SUS municipal através do acolhimento das sugestões dos cidadãos.

Em 2010 foi firmado convênio com o Ministério da Saúde, através da Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa para implantação do Sistema Informatizado OuvidorSUS, que ampliou a capacidade técnica da equipe e agilizou o processo de qualificação e resposta aos cidadãos.

Assim, após dois anos de implantação é oportuno avaliar os efeitos e as contribuições desse órgão na gestão municipal. Além disso, julgamos necessário divulgar o trabalho que vem sendo desenvolvido, bem como as facilidades e dificuldades encontradas, especialmente por se tratar de um pequeno município, cujas experiências são pouco conhecidas.

Apesar de contar com apenas dois anos de implantação é possível observar que a ouvidoria tem contribuído para a gestão da política municipal de saúde através da qualificação das manifestações e encaminhamentos de providências para melhorar a assistência prestada, bem como o acesso da população ao sistema de saúde.

Uma importante característica desenvolvida pela equipe, facilitada pelo porte do município, é a proximidade com os órgãos que compõem a rede municipal de saúde. Assim, as manifestações dos cidadãos são discutidas e, quando procedentes, a ouvidoria auxilia as áreas técnicas na construção de alternativas para solucionar o problema apresentado. De fato, a ouvidoria em município de pequeno porte tem a importante tarefa de mediação entre o sistema municipal de saúde e a população usuária.

2 OBJETIVOS

O presente artigo tem como objetivo geral descrever o processo de implantação da ouvidoria de saúde em município de pequeno porte.

Secundariamente foram cumpridos os seguintes objetivos específicos: avaliar a contribuição da ouvidoria para a gestão municipal do SUS; divulgar a implantação de ouvidorias públicas de saúde em município de pequeno porte; contribuir para a consolidação de dispositivos de controle social no âmbito do SUS.

3 A OUVIDORIA DO SUS DE BRUMADINHO

3.1 O processo de implantação

O processo de implantação da ouvidoria foi iniciado em 2009 através de reuniões com as áreas técnicas que compõem a Secretaria Municipal de Saúde e com o Conselho Municipal de Saúde. Nesta etapa foi possível apresentar o sistema nacional de ouvidorias como estratégia para consolidar o modelo de gestão participativa, cuja base é a participação comunitária (BRASIL, 2010). Especialmente com os conselheiros de saúde foram discutidas as funções da ouvidoria, estabelecendo as similaridades e diferenças de atuação entre os dois órgãos de controle social no SUS. Destaca-se que uma das principais diferenças apontadas foi que a ouvidoria deve ter governabilidade para interagir com as áreas técnicas, construir, sugerir e monitorar a implantação de mudanças na dinâmica de funcionamento do sistema municipal de saúde.

Uma das primeiras tarefas foi identificar área física de fácil acesso à população e com espaço prioritário para o atendimento presencial, inclusive com sala privativa, devido à proximidade geográfica do município. O espaço adequado foi localizado na policlínica, que é uma unidade de saúde localizada na sede do município, e onde está instalada a estrutura administrativa da Secretaria Municipal de Saúde. Esta é, portanto, uma unidade de saúde com grande fluxo de cidadãos, onde são realizadas, em média, 3024 consultas por mês[4]. Além disso, a área está situada no hall de entrada principal, sendo, portanto, de fácil localização visual e boa acessibilidade física.

3.1.1 A constituição da equipe

Adotou-se como critério para a composição da equipe: o vínculo profissional efetivo, conhecimento sobre o sistema de saúde local e o Sistema Único de Saúde e, ainda, o desejo pessoal de participar da implantação do setor.

Atualmente a equipe é composta por uma ouvidora, e duas atendentes. A formação

[4] De acordo com o SIA/SUS – SMS Brumadinho, 2010.

acadêmica da ouvidora corresponde a mestrado em economia da saúde, com área de concentração em gestão de tecnologia, e as atendentes tem graduação em pedagogia e psicologia (em curso).

3.2 Educação permanente

Através de parceria com o Ministério da Saúde foi realizado em 2010 curso de capacitação com foco na implantação do sistema informatizado OuvidorSUS, capacitação em ouvidorias na modalidade de educação a distância.

As profissionais responsáveis pelo atendimento participaram nesse mesmo ano de cursos de qualificação e humanização realizados pela secretaria de saúde. Demonstrando iniciativa e investimento profissional, a equipe buscou qualificação através da realização de curso de mediação de conflitos e Direito Sanitário.

Além disso, uma importante estratégia de formação continuada são as reuniões semanais, para discussão e qualificação das manifestações registradas na ouvidoria. Nesses encontros as atendentes expõem as manifestações recebidas, as estratégias definidas para a qualificação da manifestação e, especialmente, os casos mais complexos – aqueles que contemplam denúncias ou cujas respostas não são enviadas em tempo hábil, ou que não esclarecem as questões levantadas pelos cidadãos. São nas reuniões semanais que a equipe tem oportunidade de esclarecer suas dúvidas sobre o funcionamento do sistema público de saúde, envolvendo fluxos e protocolos e, especialmente, ampliar seus conhecimentos sobre os princípios que regem a administração pública, bem como os princípios e diretrizes do SUS. Esse conhecimento é prerrogativa necessária para a atuação na ouvidoria, pois esses mesmos princípios devem ser norteadores do funcionamento do setor.

A metodologia adotada para a educação permanente contempla a aprendizagem baseada em problemas (CYRINO et al., 2004) e a construção de saberes a partir da experiência que cada profissional carrega e, posteriormente, propõe-se referencial teórico que fundamente a consolidação de novos conceitos. A partir da demanda da equipe são introduzidos temas importantes para o desenvolvimento das funções de ouvidoria e, entre eles, destaca-se a mediação de conflitos e ética profissional.

3.3 Plano de comunicação da ouvidoria

Como terceira ação em ordem de importância – após a definição do espaço físico e da equipe de técnicos – desenvolveu-se plano de comunicação para divulgar ao público interno e externo as funções da ouvidoria, e em que situações ela poderia ser acessada. Nesta etapa contamos com a parceria de profissional da área de comunicação, que após conhecer o funcionamento e missão da ouvidoria municipal de saúde desenvolveu três peças gráficas: cartaz, folder e cartão de visita.

Esse material serviu de suporte para a equipe de ouvidoria visitar todas as unidades de saúde e apresentar o setor à população e profissionais de saúde que atuam na ponta de rede assistencial.

Assim, foi possível observar que muitos – tanto trabalhadores quanto usuários – compreendiam a ouvidoria apenas como o lugar da queixa, desconhecendo sua primordial tarefa de prestar informações sobre o funcionamento do sistema de saúde como ferramenta primordial ao exercício da cidadania (BRASIL, 2010, p. 34). Através de parceria com a assessoria de comunicação da Prefeitura Municipal foram distribuídos cartazes para as escolas e estabelecimentos comerciais da cidade.

Após essa ação o número de acessos aumentou em 25% em comparação com o ano anterior. Além disso, os trabalhadores de saúde passaram a ser grandes divulgadores da ouvidoria, conforme demonstrado através de enquete realizada com os manifestantes que acessaram a ouvidoria no período de maio a agosto de 2010. Perguntados sobre como ficaram sabendo da existência da ouvidoria, 40% relatou que foi informado por funcionários da Secretaria Municipal de Saúde.

3.4 O caráter pro-ativo da ouvidoria

A partir da análise das manifestações recebidas é possível conhecer as fragilidades do sistema municipal de saúde e oferecer elementos para a melhoria e qualificação da gestão em saúde.

No contexto desse artigo destaca-se a importância da informação para que gestores, trabalhadores e usuários utilizem os serviços públicos de saúde de forma equânime, integral e universal. Para isso, é necessário que conheçam seus fluxos e protocolos.

Durante as reuniões semanais de equipe constatou-se que muitos acessos à Ouvidoria indicavam desconhecimento por parte de trabalhadores e usuários do sistema de saúde sobre o funcionamento da rede pública de saúde.

Assim, através da Comissão Integração Docente Assistencial que conta com a participação de docentes da Universidade Federal de Minas Gerais (medicina, enfermagem e odontologia), coordenadores de áreas técnicas da Secretaria Municipal de Saúde e ouvidoria foi elaborado o "Guia do SUS de Brumadinho". O objetivo principal dessa peça gráfica é informar e consolidar a rede pública de saúde, de forma que os cidadãos saibam onde e como acessar os serviços disponibilizados pelo Sistema Único de Saúde. Coube especialmente à Ouvidoria realizar a revisão do conteúdo junto com as áreas técnicas e operacionalizar a confecção do material, bem como auxiliar na definição da estratégia de divulgação e distribuição. O material está sendo utilizado para capacitar os profissionais de saúde, com ênfase nos agentes comunitários e, em seguida, será entregue em todos os domicílios da cidade.

As ações desenvolvidas pela ouvidoria não se limitam apenas ao encaminhamento das manifestações. Ocorre também a participação nas reuniões com as referências técnicas para o planejamento e desenvolvimento da política municipal de saúde. Os setores que recebem maior número de manifestações são convidados para discussões que contemplam análise das queixas e/ou sugestões e definição de estratégias para reformulação dos processos de trabalho, após análise da pertinência das manifestações dos usuários do sistema de saúde. São também realizadas reuniões com o gestor da Secretaria de Saúde com o intuito de mantê-lo informado sobre o conteúdo das manifestações e as providências a serem tomadas para garantir a qualidade da assistência prestada.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Após dois anos de funcionamento é possível constatar que a ouvidoria do SUS tem atuado em consonância com os princípios e diretrizes do SUS (BRASIL, 1990) e integração com o sistema nacional de ouvidorias da saúde (BRASIL, 2010).

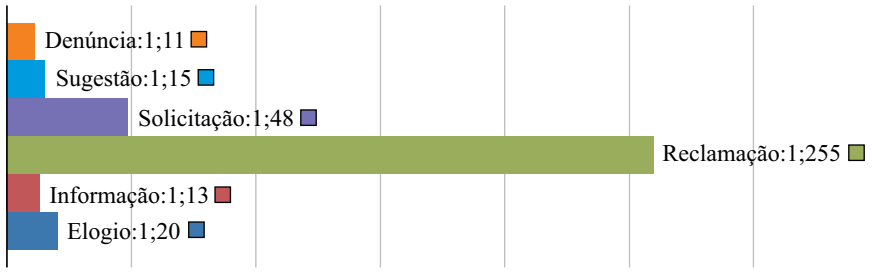
Consideramos que o primeiro ano (2009) foi um período de intensa qualificação profissional e amadurecimento da escuta da equipe deste setor. Nesse sentido, concordamos com o professor Humberto Jacques de Medeiros cuja frase se tornou inspiração para o funcionamento de muitas ouvidorias: "nem todos os que ouvem são ouvidores; o verdadeiro ouvidor ouve os que não falam". Por parte dos cidadãos e trabalhadores do sistema de saúde também foi um período de apropriação deste mecanismo de controle social.

A Ouvidoria do SUS de Brumadinho desenvolve suas ações em conformidade com os princípios que regem a Administração Pública e o Sistema Único de Saúde. Como linha de ação acolhe as demandas dos cidadãos, transformando-as em ferramentas propulsoras de mudanças e em oportunidades privilegiadas para divulgar informações de saúde.

Os resultados que apresentaremos a seguir demonstram a tipificação das demandas recebidas e a situação, depois de concluído o processo de qualificação, no ano de 2010.

O gráfico 1 apresenta os tipos de demandas que foram apresentadas à ouvidoria no ano de 2010.

GRÁFICO 1 - Demandas apresentadas à Ouvidoria, Brumadinho, Janeiro a Dezembro - 2010

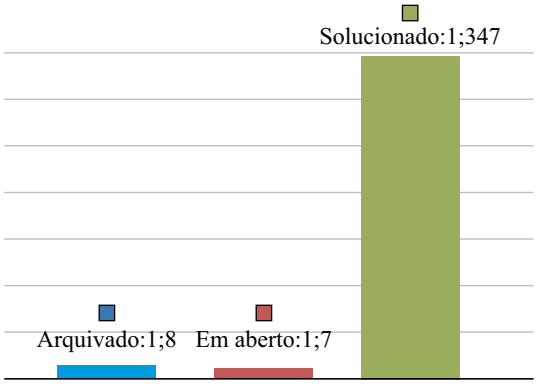


Fonte: Consolidado Anual – Ouvidoria do SUS de Brumadinho (MG)

Podemos observar que de um total de 362 demandas apresentadas, 255 (70,44%) foram reclamações, seguidas de 48 solicitações (13,25%) e 20 elogios (5,52%).

O gráfico 2 apresenta a situação das manifestações recebidas no ano de 2010. Verificamos que 95,00% das demandas foram solucionadas no período. Devido a falta de dados para qualificação e / ou por solicitação do manifestante 8 (2,20%) manifestações foram arquivadas e

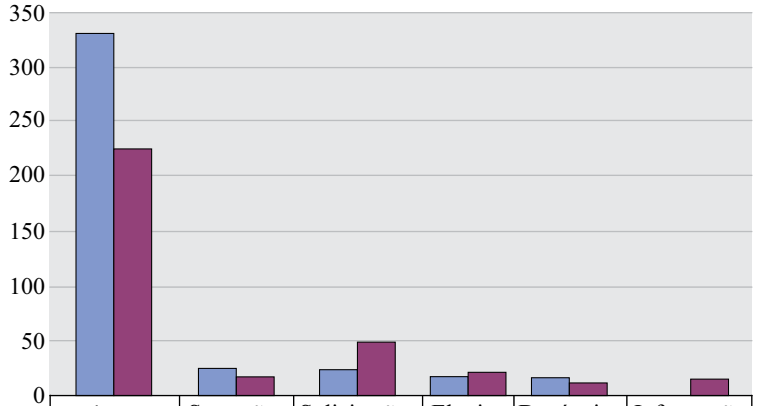
GRÁFICO 2 - Situação das demandas apresentadas à Ouvidoria, Brumadinho, Janeiro a Dezembro - 2010



Fonte: Consolidado Anual – Ouvidoria do SUS de Brumadinho (MG)

Através do gráfico 3 podemos observar que o volume de reclamações e denúncias recebidas em 2010 foi menor que em 2009. Por outro lado, houve um significativo aumento das informações prestadas e solicitações.

GRÁFICO 3 - Tipos de demandas apresentadas à Ouvidoria do SUS, Brumadinho, 2009-201



	Reclamação	Sugestões	Solicitações	Elogios	Denúncias	Informação
2009	331	24	23	17	16	0
2010	225	15	48	20	11	13

Fonte: Relatório de Gestão, SMS, 2010.

Essa mudança, ainda que pequena, na caracterização das manifestações recebidas é fruto do trabalho de divulgação realizado pela equipe, que teve como objetivo divulgar a ouvidoria como uma ferramenta estratégica para a gestão do sistema municipal de saúde, e não somente como espaço para recebimento de queixas e reclamações. O resultado obtido indica que a ouvidoria tem um importante papel a cumprir na disseminação de informações em saúde.

5 CONCLUSÕES

A Ouvidoria do SUS de Brumadinho destaca-se pelo caráter proativo com que a equipe desempenha sua tarefa.

Além do acolhimento das manifestações, qualificação e resposta aos cidadãos desenvolvem atividades e parcerias no sentido de auxiliar a gestão municipal de saúde.

Exemplo de sua atuação proativa e integrada às áreas técnicas foi o desenvolvimento do Guia do SUS de Brumadinho, elaborado pela Comissão Integração Docente Assistência que auxiliará, sobremaneira, na consolidação da rede pública de saúde.

A X Conferência Municipal de Saúde de Brumadinho realizada em 2009 já propôs o funcionamento da ouvidoria itinerante para facilitar o acesso dos munícipes que residem longe da sede. Após a implementação do plano de comunicação, ocasião em que a equipe de ouvidoria compareceu a todas as unidades de saúde, confirmou-se a necessidade de implantação dessa estratégia. No entanto, devido a grande dispersão geográfica do município, e ao tamanho da equipe, ainda não foi possível avançar na efetivação da ouvidoria itinerante. Considera-se, também, que esta atividade necessitará de apoio logístico – transporte e pessoal – ainda não disponível em caráter permanente. Porém, é um desafio a ser superado, especialmente por ser desejo da população local, expresso ocasião da conferência de saúde.

Registra-se que os municípios de pequeno porte enfrentam dificuldades financeiras e operacionais para a implantação e efetivação de mecanismos de controle social. No entanto, a experiência aqui relatada demonstra que com vontade política e proatividade da equipe é possível construir um trabalho sólido e que, de fato, contribua para o pleno exercício da cidadania.

A implantação da ouvidoria consolida o caráter participativo da gestão do SUS municipal, que valoriza a contribuição dos cidadãos para o aprimoramento da política de saúde. Por se tratar de município com grande extensão territorial (639,43 Km^2)[5], com 15,70% da população residindo em área rural (IBGE, 2010) pretende-se no ano de 2012 ampliar o acesso e participação dos cidadãos através da ampliação das atividades de ouvidoria, com linha telefônica de discagem gratuita e, conforme relatado anteriormente, atendimento itinerante nas unidades de saúde.

[5] De acordo com o IBGE, 2010.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília: Senado Federal, 1988.

_____. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em: <www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm>.

_____. **Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990**. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Disponível em: <www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8142.htm>.

_____. Ministério da Saúde. CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. **Resolução nº 333, de 4 de novembro de 2003**: Aprova as diretrizes para criação, reformulação, estruturação e funcionamento dos Conselhos de Saúde. Brasília, 2003. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/livros/resolucao_333.pdf>. Acesso em: 22 jul. 2014.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Departamento de Ouvidoria Geral do SUS. **Falando de Ouvidoria**: experiências e reflexões. Brasília, 2010.

BRUMADINHO (Minas Gerais). Conselho Municipal de Saúde. **Resolução nº 4, de 16 de março de 2009**.

_____. Secretaria Municipal de Saúde. Relatório **Anual de Gestão.** Brumadinho, 2010b.

_____. Secretaria Municipal de Saúde. **Plano Municipal de Saúde.** Brumadinho, 2010a.

CYRINO, E. G; TORALLES-PEREIRA, M. L. Trabalhando com estratégias de ensino-aprendizado por descoberta na área da saúde: a problematização e a aprendizagem baseada em problemas. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 3, p. 780-788, 2004.

BARREIROS/PE: UNINDO FORÇAS PARA VENCER UMA TRAGÉDIA

Elidio Ferreira de Moura Filho[1]

RESUMO

Em Junho de 2010, a cidade de Barreiros sofre a mais terrível enchente de sua história, provocada pelo grande volume de chuvas e consequente aumento, violento, dos níveis dos rios que cortam seu território. Quase toda sua população foi atingida. O sistema municipal de saúde foi devastado. Servidores da secretaria municipal de saúde foram convocados para nortear o início das ações dos poderes municipal, estadual e federal. Os êxitos destas informações foram tantos, que a gestão da saúde municipal, tendo que recomeçar todo um sistema destruído, não deixou mais de consultar não somente seus servidores, como também a população em geral, em cada etapa que se seguiu. O trabalho em conjunto, através da gestão participativa, foi fundamental para que todos os pontos, vulneráveis ou não, fossem contemplados, mostrando que a união de ideias, e forças, superou a tragédia. A saúde de Barreiros conseguiu manter a integralidade de seu sistema, alcançando índices não esperados diante do acontecido.

Palavras-chave: Enchente. União. Êxitos.

[1] Nutricionista pela Universidade Federal de Pernambuco; Especialista em Saúde Pública pela Universidade Estácio de Sá/RJ; Especialista em Análises de Dados Epidemiológicos pelo NESC/CPqAM/FIOCRUZ/PE; Sanitarista da Prefeitura da Cidade do Recife/PE; Secretário Municipal de Saúde de Barreiros/PE. Endereço: Rua João Dias Martins, 277/702, Boa Viagem, Recife/PE – CEP: 51021-540. *E-mail*: elidiomoura@hotmail.com

1 INTRODUÇÃO

18 de Junho de 2010. A cidade de Barreiros, situada na Zona da Mata Sul de Pernambuco, distante cerca de 100 Km da capital do Estado, sofre a mais terrível enchente de sua história, provocada pelo exacerbado volume de chuvas e consequente aumento, violento, dos níveis dos rios que cortam seu território, principalmente o Una[2].

Segundo a defesa civil estadual, 95 por cento do município foi tomado pelas águas e 98 por cento de sua população, composta por 40.512 habitantes, atingida (BRASIL, 2010).

O sistema municipal de saúde foi devastado. A unidade hospitalar municipal, referência não somente para Barreiros como também para as cidades litorâneas da zona da mata sul de Pernambuco e da região norte do litoral alagoano, foi completamente destruída. Junto com ela, o laboratório municipal. A atenção primária não foi poupada, tendo de seus oito Postos de Saúde da Família, cinco atingidos, com perda de todos os equipamentos e mobiliários, e um completamente destruído. O prédio do Núcleo de Apoio a Saúde da Família, (NASF), também foi inutilizado.

Inicia-se, então, verdadeira batalha na busca pelo controle da situação. Foram convocados servidores da secretaria municipal de saúde de Barreiros que naquele primeiro momento tinham condições físicas e, principalmente, psicológicas para apontar as áreas mais atingidas e os grupos populacionais mais vulneráveis. As informações colhidas foram repassadas às autoridades estaduais e federais que ali se instalaram para ajudar nesse primeiro momento.

Os êxitos destas informações foram tantos, que a gestão da saúde municipal, tendo que recomeçar todo um sistema destruído, não deixou mais de consultar não somente seus servidores, como também a população em geral, em cada etapa que se seguiu.

[2] O rio Una nasce na cidade de Capoeiras, agreste de Pernambuco. Drena, ao longo de seu curso, a partir da nascente, as cidades de São Bento do Una, Cachoeirinha, Altinho, Palmares, Água Preta, Barreiros e áreas dos municípios de Agrestina, São Joaquim do Monte, Belém de Maria, Bonito e Catende.

2 CONCEITUAÇÃO

2.1 Gestão participativa

Estratégia transversal presente nos processos cotidianos da gestão do SUS[3]. Formular e deliberar conjuntamente significa mais do que realizar o controle social – e este é o desafio apresentado à gestão participativa, que requer a adoção de práticas e mecanismos inovadores, capazes de efetivar a participação popular. A gestão estratégica pressupõe a ampliação dos espaços públicos e coletivos, viabilizando o exercício do diálogo e da pactuação de diferenças. Nesses espaços, é possível construir conhecimentos compartilhados sobre a saúde da população, considerando as subjetividades e singularidades presentes nas relações dos indivíduos e da coletividade. Essa tarefa exige esforço para o desencadeamento de ações de educação em saúde que ampliem e vocalizem as necessidades e desejos da população, assim como a escuta dos profissionais e dos serviços, para que o acolhimento e o cuidado tenham significado para ambos. Implica ainda tornar visíveis as mudanças que vêm ocorrendo no SUS a partir da adoção de práticas como as equipes multiprofissionais de saúde, a intersetorialidade, a integralidade e o acolhimento. Essas práticas participativas baseiam-se, sempre, na construção de consensos pactuados, nunca de consensos forçados. A partir da identificação e reconhecimento dos dissensos, há que construir alternativas, considerando-se as diferentes opiniões que devem ser condensadas, por etapas, permitindo resultados mais expressivos e duradouros (BRASIL, 2009).

[3] Sistema Único de Saúde, criado no Brasil em 1988 com a promulgação da nova Constituição Federal, tornou o acesso à saúde direito de todo cidadão.

3 JUSTIFICATIVA

O artigo 198° da Constituição Federal e o artigo 7º da Lei nº 8.080/90 GM/MS, apontam a participação da comunidade nas ações e serviços públicos de saúde, regulamentada através da Lei nº 8.142/90 GM/MS.

Diante do desastre natural e sob a nova ótica de condução do sistema, grupos situacionais foram inseridos no atual contexto apresentado, criando um norte inovador na tomada de decisões da gestão da secretaria municipal de saúde de Barreiros.

As piores expectativas foram atropeladas por ações conjuntas envolvendo atores diversos, gerando resultados benéficos para a população em geral.

4 OBJETIVOS

4.1 Geral

Relatar, através de ações traçadas por gestão participativa, os avanços do sistema municipal de saúde da cidade de Barreiros, arrasado por desastre natural.

4.2 Específicos

- Apontar os principais pontos traçados em conjunto com representantes das comunidades, profissionais da saúde de Barreiros e secretaria estadual de saúde de Pernambuco;
- Comparar, em período anterior e posterior as enchentes, alguns tópicos que visam medir os níveis de saúde do município.

5 METODOLOGIA

Referência em saúde na região, enorme era a necessidade de realizar ações para um ordenamento do quadro crítico que se apresentava na cidade.

Grupos situacionais, seguindo o modelo de gestão participativa, foram frequentemente consultados, norteando os trabalhos desenvolvidos pela secretaria de saúde de Barreiros. Líderes comunitários de bairros, servidores da secretaria de saúde do município e representantes da gestão da secretaria de saúde de Pernambuco participaram do processo.

Reuniões foram realizadas, ora com grupos isolados, ora com todos os atores juntos, gerando situações que refletiram em tomadas de decisões cruciais para o andamento das ações.

No sentido de mensurar a eficácia do modelo de saúde implantado em Barreiros, foram comparados, tomando como base os períodos de Janeiro a Junho de 2010 e Janeiro a Junho de 2011, antes e após a cheia, respectivamente, alguns tópicos que podem caracterizar o impacto que este novo sistema gerou sobre a população local. São eles:

- Coberturas vacinais em crianças menores de 05 anos – BCG, hepatite B, poliomielite e tetravalente. (Dados colhidos do sistema de informação do programa de imunização municipal);
- Notificação de óbitos infantis. (Dados colhidos do sistema de informação sobre mortalidade municipal);
- Notificação de nascidos vivos em Barreiros. (Dados colhidos do sistema de informação sobre nascidos vivos municipal);
- Número de consultas pré-natais. (Dados colhidos do sistema de informação da atenção básica municipal);
- Casos confirmados de dengue na população residente de Barreiros. (Dados colhidos do sistema de informação de agravos de notificação municipal).

6 RESULTADOS

Os principais pontos levantados por representantes das comunidades do município foram a implantação de ouvidoria pela secretaria municipal de saúde, realizada através de fixação de caixas de reclamações e sugestões nas Unidades Básicas de Saúde e pronto-atendimento municipal e nas unidades privadas conveniadas; abertura de posto de saúde nos escombros do hospital (destruído), prestando atendimento à população descoberta; abertura de novo posto de saúde da família em área rural e ambulância de prontidão em área isolada.

Já os profissionais da secretaria de saúde de Barreiros, (que atuam na ponta), solicitaram novos fardamentos; aquisição de equipamentos necessários ao pleno desempenho de suas funções e reformas das Unidades Básicas de Saúde.

Com o sistema quebrado, a secretaria de saúde de Barreiros, visando manter a integralidade das ações, fixou convênios com a rede privada hospitalar e laboratorial existente no município, tendo apoio orientador da gestão da secretaria estadual de saúde de Pernambuco.

Dos pontos analisados para medir a eficiência do modelo gestor implantando, foram levantados os seguintes resultados:

• Coberturas vacinais em crianças menores de 05 anos:

TABELA 1 - Coberturas vacinais antes e após a enchente

VACINA	COBERTURA (%)	
	Janeiro a Junho 2010	Janeiro a Junho 2011
BCG	73,79	88,05
HEPATITE B	76,09	92,87
POLIOMIELITE	79,08	99,77
TETRAVALENTE	84,37	97,93

Fonte: SISPPI municipal (2011)

• Notificação de óbitos infantis:

TABELA 2 - Número de óbitos infantis antes e após a enchente

PERÍODO	ÓBITOS
Janeiro a Junho de 2010	04
Janeiro a Junho de 2011	06

Fonte: SIM municipal (2011)

• Notificação de nascidos vivos em Barreiros:

TABELA 3 - Número de nascidos vivos antes e após enchente

PERÍODO	NASCIDOS VIVOS
Janeiro a Junho de 2010	250
Janeiro a Junho de 2011	229

Fonte: SINASC municipal (2011)

• Número de consultas pré-natais:

TABELA 4 - Consultas pré-natais realizadas antes e após enchente

PERÍODO	CONSULTAS PRÉ-NATAIS
Janeiro a Junho de 2010	1975
Janeiro a Junho de 2011	1789

Fonte: SIAB municipal (2011)

• Casos confirmados de dengue na população residente de Barreiros:

TABELA 5 - Número de casos confirmados de dengue antes e após a enchente

PERÍODO	CASOS CONFIRMADOS DE DENGUE
Janeiro a Junho de 2010	7
Janeiro a Junho de 2011	0

Fonte: SINAN municipal (2011)

7 DISCUSSÃO

As dificuldades na assistência a saúde de Barreiros não começaram na ocasião da cheia. Por fazer parte de uma região do estado de Pernambuco com poucos recursos, (região da Mata Sul), problemas já se faziam presentes. A enchente dizimou o pouco que havia.

A insistência em querer retomar o controle de uma situação caótica, já antes descontrolada, utilizando o mesmo modelo de gestão anteriormente implantado, certamente resultaria em uma tragédia sanitária com proporções não imagináveis.

O modelo de gestão participativa foi se inserindo naturalmente, na medida em que as demandas foram surgindo, cabendo a gestão municipal a condução do processo.

Cada vez mais representantes das comunidades foram se inserindo no contexto, conforme suas reivindicações iam sendo analisadas, discutidas e atendidas. A medida gerou maior credibilidade da população na gestão municipal de saúde, acarretando uma serenidade relacional, tão necessária no momento.

Os servidos da secretaria de saúde de Barreiros, pouco consultados anteriormente, passaram a fazer parte, de fato, do conjunto de ações traçadas pelo modelo de gestão participativa. Seus apontamentos foram decisivos para intermediar a ponte entre a gestão municipal e a participação comunitária.

A secretaria estadual de saúde de Pernambuco, pouco mais tímida em suas ações, teve papel decisivo na manutenção da integralidade do sistema, fornecendo apoio técnico na contratualização da rede privada de saúde, evitando, assim, a paralisação dos serviços de referência em toda a região.

Toda essa movimentação de estratégias gerou um contentamento, no que se refere aos serviços de saúde de Barreiros.

Para medir o êxito de um sistema montado, que estaria paralisado, alguns pontos foram analisados, utilizando período anterior e posterior ao evento climático.

Dentre as coberturas vacinais estudadas, as aplicadas em 2011 apresentaram os melhores resultados. No mesmo período, não houve casos de dengue confirmados. O número de crianças vivas nascidas no município e o de consultas de acompanhamento pré-natal, no período pós-cheia, sofreram decréscimo pouco significativo.

A mortalidade infantil apresentou aumento no período analisado depois da enchente, fato ocorrido em consequência da dificuldade da atenção primária em acompanhar famílias

deslocadas de suas áreas e, por vezes, do município, ocasionado pela perda de seus lares, sendo obrigados a se instalarem em abrigos com poucas condições sanitárias.

A conjuntura apresentada mostra a continuidade de um sistema de saúde que foi interrompido inesperadamente. A destruição ocorrida sugeria um enorme descontrole do setor na cidade e, consequentemente, na região. As intervenções geradas por ações partidas pelo novo modelo de gestão adotado foram decisivas para o avanço e o êxito do processo.

8 CONCLUSÃO

A enxurrada de Junho de 2010 trouxe destruição à cidade de Barreiros, em Pernambuco, colocando o município em estado de calamidade pública. Todos os setores sob gestão municipal foram atingidos. Não poupada, a secretaria municipal de saúde teve seu sistema devastado, afetando não só os cidadãos residentes locais, como também os de toda a região do litoral sul pernambucano e norte alagoano.

A situação de comoção pública resultou num movimento que, já preceituado na legislação, foi utilizado como um norte para a gestão da saúde.

Grupos distintos foram convocados e uma nova realidade surgiu diante do caos. Metas foram traçadas, ações executadas e, como consequência deste novo modelo de gestão, a situação apresentada sofreu mudanças.

A saúde de Barreiros conseguiu manter a integralidade de seu sistema, alcançando índices não esperados diante do acontecido.

O trabalho em conjunto, através da gestão participativa, foi fundamental para que todos os pontos, vulneráveis ou não, fossem contemplados, mostrando que a união de ideias, e forças, superou a tragédia.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília: Senado Federal, 1988.

_____. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em: <www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm>.

_____. **Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990**. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Disponível em: <www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8142.htm>.

_____. Ministério da Saúde. **O SUS de A a Z**: garantindo saúde nos municípios. 3. ed. Brasília, 2009.

_____. Resolução IBGE nº 6, de 3 de novembro de 2010. **Diário Oficial da União**, Brasília, 4 de novembro de 2010. Seção 1. p. 104.

A PARTICIPAÇÃO POPULAR ATRAVÉS DO COMITÊ INTERINSTITUCIONAL DE VIGILÂNCIA E CONTROLE DA MALÁRIA E DENGUE NO MUNICÍPIO DE BORBA/AM

Sissi da Silva Chaves[1]
Maria Adriana Moreira[2]
Lysandra Nívea Guimarães Farias[3]

RESUMO

As experiências inovadoras direcionadas para a integralidade das ações são indispensáveis para que doenças como a malária e a dengue possam ser controladas. A participação da sociedade e de outros setores não ligados a saúde no planejamento, execução, monitoramento e avaliação das ações de combate a estas duas endemias garantem a consolidação do trabalho realizado, bem como a sustentabilidade do mesmo. O artigo buscou mostrar a realidade da gestão participativa em um município de pequeno porte com a estratégia de integrar vários setores e a população no combate a dengue e a malária.

Palavras-chave: Integralidade. Dengue. Malária.

[1] Enfermeira, Coordenadora Municipal de Vigilância em Saúde, Borba-AM. E-mail: sissi_chaves@hotmail.com.

[2] Enfermeira, Secretária Municipal de Saúde, Borba-AM. E-mail: adrianamoreira2@hotmail.com.

[3] Enfermeira, Coordenadora da Atenção Básica, Borba-AM. E-mail: lysandra_nivea@hotmail.com.

1 INTRODUÇÃO

Na evolução do Sistema Único de Saúde (SUS) a participação da sociedade tem sido bastante evidenciada através da necessidade do controle social se fazer presente na gestão de todas as esferas de governo.

> O controle social da Política de Saúde do SUS é um dos princípios fundamen-tais da reforma Sanitária Brasileira e uma importante inovação garantida pela Constituição. O controle social e a gestão participativa no SUS contribuem para a ampliação da cidadania, identificando o usuário como membro de uma comunidade organizada com direitos e deveres, diferente de uma mera vi-são de consumidor de bens e serviços. (CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 2004).

Borba é um município do estado do Amazonas que possui 34.961 habitantes, densidade demográfica de 0.78 habitantes por Km² e está situado a margem direita do Rio Madeira a uma distância de 215 Km da capital Manaus e 150 Km em linha reta. O acesso ao município dá-se somente por via fluvial ou aérea, o que torna a logística bem mais difícil. O fator amazônico é questão indiscutível quando falamos de malária e dengue, pois nesta região a logística é complicada, dificultando ainda mais o diagnóstico precoce e tratamento oportuno.

O município é prioritário para as ações de combate a dengue e malária. Estas duas endemias atingem negativamente a cidade há anos, porém, após a implantação do Comitê Interinstitucional de Vigilância e Controle da Malária e Dengue conseguimos avançar em vários aspectos.

A sazonalidade da malária inicia no mês de maio e permeia por junho e julho. No mês de junho são realizados no município os festejos de Santo Antônio de Borba, padroeiro da cidade, durante este período é muito comum o abandono do tratamento já que todos querem aproveitar a festa, o que reflete um aumento do número de casos quando acabam os festejos. Por outro lado, os visitantes que chegam a Borba, correm grande risco de contrair a doença pelo fato de estarem em uma área endêmica.

No que se refere à dengue, até o ano de 2009, tínhamos uma grande infestação do *Aedes Aegypti*, porém nenhum caso da doença. A partir de 2009 passamos a ter também a doença.

Agora, no município de Borba, temos duas endemias de difícil controle e mais do que nunca precisamos de ações intersetoriais para contornar esta situação.

2 OBJETIVOS

O Comitê Interinstitucional de Vigilância e Controle da Malária e Dengue tem por objetivo geral promover a participação da sociedade e de instituições do município no combate às duas endemias de maior evidência que são a malária e a dengue. Definir e propor estratégias de controle de malária e dengue; Avaliar e monitorar o desenvolvimento das ações; Participar da elaboração e execução dos planos operativos.

3 METODOLOGIA

No ano de 2010 tivemos 157 casos notificados de dengue no município, o que nos levou a necessidade de implantar ações rápidas de combate ao vetor e controle da doença, foi a partir desta situação que criamos o Comitê Interinstitucional de Vigilância e Controle da Malária e Dengue, o qual teve apoio da Fundação de Vigilância em Saúde do Estado do Amazonas. Neste comitê estão envolvidas as Secretarias Municipais de Saúde, Educação, Esportes, Cultura e Lazer, Assistência Social, Administração, Obras, Produção Rural e Abastecimento; Assessoria de Comunicação, Setor Rodoviário Municipal, Associação dos Moradores do Bairro Bela Vista, Borba Saneamento, Secretaria Estadual de Educação, Fundação de Vigilância em Saúde, Conselho Municipal de Saúde e Conselho Tutelar. O comitê se reuni ordinariamente uma vez por mês e extraordinariamente sempre que necessário. Nas reuniões as ações realizadas são avaliadas e monitoradas, a partir daí os membros do comitê discutem as medidas de intervenção.

O Comitê possui caráter inovador pelo fato de desenvolver ações intersetoriais em que a sociedade também participa. Nas reuniões são monitoradas e avaliadas as ações realizadas no município, no que se refere à dengue e a malária, onde os participantes colocam a situação em sua área de atuação, nos bairros e junto à comunidade. Esta por sua vez também interfere em todo o processo através de seus representantes e da mobilização de cada bairro.

A criação de um comitê é muito simples e depende exclusivamente da vontade das pessoas em querer fazer. Tudo começa pela sensibilização, todos os participantes do comitê fazem parte da população do município e correm o risco de contrair as duas maiores endemias que são presentes no mesmo. Quando as pessoas começaram a perceber que o seu trabalho pode fazer a diferença e mudar uma situação elas foram solidárias a causa. Este comitê foi criado através de uma portaria, ou seja, mesmo que mudem as pessoas que fazem parte dele, a instituição sempre estará representada. Muitas vezes, é necessário discutir alguns assuntos pertinentes que não são necessariamente dengue ou malária, porém influenciam direta ou indiretamente o adoecimento por estes agravos. A experiência de formar este comitê nos levou a perceber que existem outras doenças que também necessitam de um olhar mais intersetorial e por isso temos planos de torná-lo um comitê de vigilância de todos os agravos que afetam o município.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A partir das reuniões mensais com a participação da comunidade através de seus representantes podemos notar a diminuição no número de casos da dengue e no índice de infestação do vetor. Em 2010 tivemos 112 casos confirmados, já em 2011 apenas 28 casos. Isto se deve a todas as ações integradas, porém, a participação popular interferindo no que estava acontecendo foi de fundamental importância para este resultado.

Com relação à malária em 2010 conseguimos alcançar 46,4% de redução dos casos em todo o município e 73,37% de redução em área urbana mudando assim o perfil epidemiológico, antes com a doença predominante nesta área. Podemos observar claramente que a malária não pode ser controlada apenas por um setor ou instituição. Foi através de um conjunto de ações e com a gestão participativa que chegamos a este resultado e para continuarmos reduzindo o número de casos, é preciso que o trabalho seja constante.

5 CONCLUSÕES

Desde 2009 estamos neste processo com ótimos resultados. No início houve um pouco de resistência por parte de alguns profissionais, porém com o tempo foi possível perceber a colaboração de todos. Para o futuro, esperamos que o agente de endemias se torne um agente de vigilância em saúde e que o serviço seja cada vez mais otimizado, levando saúde para a população de forma integral.

O combate a dengue e a malária não se restringe apenas ao setor saúde, porém é este setor que lidera tecnicamente as ações que devem ser assumidas por toda administração municipal. Através desta experiência podemos observar claramente que estas doenças não podem ser controladas sem a participação da comunidade. A população precisa ser responsável pela sua saúde; só desta forma seremos capazes de controlar doenças como a malária e a dengue.

REFERÊNCIAS

BAPTISTA, T. W. F. **O direito à saúde no Brasil**: sobre como chegamos ao Sistema Único de Saúde e o que esperamos dele. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2005. (Textos de apoio: políticas de saúde).

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política nacional de gestão estratégica e participativa no SUS**: participaSUS. Brasília, 2006.

CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 12., Brasília. **Relatório final...** Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

AVALIADORES

Categoria "Experiências Exitosas de Gestão Participativas no Estado"

Ismael Lopes de Oliveira
Luciana Sepúlveda Köptcke
Maria Rebeca Otero Gomes

Categoria "Experiências Exitosas de Gestão Participativas em Municípios com mais de 50 mil habitantes"

Ismael Lopes de Oliveira
Luciana Sepúlveda Köptcke
Maria Rebeca Otero Gomes

Categoria "Experiências Exitosas de Gestão Participativas em Municípios com até 50 mil habitantes"

José Ivo dos Santos Pedrosa
Luís Carlos Bolzan
Maria Constantino Caputo

ISBN 978-85-334-2265-0

A gestão participativa no Sistema Único de Saúde (SUS) coloca na agenda política da democracia brasileira uma construção filosófica e política, que sempre esteve presente no pensamento e nos atos do Dr. Antônio **Sérgio** da Silva **Arouca**, importante médico sanitarista, militante político, professor, parlamentar e gestor público. Para muitos que guardam sua lembrança, ele é, de maneira carinhosa, o Sérgio Arouca, construtor do ideário da Reforma Sanitária Brasileira. Arouca, parlamentar em defesa da saúde, da ética e das transformações na sociedade brasileira e, ainda, Arouca, o companheiro dos movimentos sociais e da militância.

A corajosa ação de Sérgio Arouca à frente da 8ª Conferência Nacional de Saúde resume-se em uma frase proferida por ele: "*é a primeira vez que o poder executivo abre espaço para a participação popular na gestão do país*". No ano de 2003, essa abertura foi ainda mais fortalecida quando Arouca integra a direção do Ministério da Saúde conduzindo a Secretaria de Gestão Participativa (SGP).

Em reconhecimento a sua trajetória a Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa (SGEP), por meio do Departamento de Apoio à Gestão Participativa, em parceria com o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS) e com o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS), realiza a 4ª Edição do Prêmio Sérgio Arouca de Gestão Participativa no SUS, considerando importante dispositivo para a efetivação da participação social, base da democracia participativa.

DISQUE SAÚDE
136
Ouvidoria Geral do SUS
www.saude.gov.br

Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde
www.saude.gov.br/bvs

CONASEMS Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde
CONASS CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE
SUS
Ministério da Saúde
GOVERNO FEDERAL BRASIL PÁTRIA EDUCADORA