Globethics Repository



Participação da sociedade civil nas políticas públicas de saúde [Civil society participation in public health policies]

This page was generated automatically upon download from the Globethics Repository. More information on Globethics see https://www.globethics.net. Data and content policy of Globethics Repository see https://repository.globethics.net/pages/policy.

Item Type	Article
Authors	Paschoal Padulla, Rebeca;de Paula Souza, Telma Regina
Publisher	Editora UnilaSalle
Rights	Creative Commons Copyright (CC 2.5)
Download date	2026-11-10 01:03:26
Link to Item	http://hdl.handle.net/20.500.12424/224195

UnilaSalle Editora

DIÁLOGO (ISSN 2238-9024)
http://www.revistas.unilasalle.edu.br/index.php/Dialogo
Canoas, n. 25, abr. 2014.

PARTICIPAÇÃO DA SOCIEDADE CIVIL NAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE: UM ESTUDO DE CASO DAS COMISSÕES LOCAIS DE SAÚDE

Rebeca Paschoal Padulla[1]
Telma Regina de Paula Souza[2]

Recebido em: 15/01/2013 | Aceito em: 21/04/2014

Resumo: Esse trabalho teve como objetivo o estudo das Comissões Locais de Saúde (CLS) no município de Piracicaba, buscando compreender como se dá a participação da sociedade civil nas políticas de saúde e as relações internas nas Comissões e com o Conselho Municipal de Saúde (CMS). O estudo discute como o papel da sociedade civil no controle social se constrói ao longo da história do povo brasileiro, pós-ditadura militar e na redemocratização do país, focalizando como o trabalho do CMS e o trabalho das CLS se dão na atual conjuntura brasileira. Utilizamos leis e textos teóricos, que definem quais as funções previstas para os CMS e CLS e, com base nas entrevistas e observações que ocorreram ao longo da pesquisa, buscamos compreender os significados e sentidos dessas Comissões na realidade concreta. O resultado das entrevistas e observações nos proporcionou compreender que os usuários que participam das Comissões estudadas já vêm de uma história de envolvimento com movimentos populares, especialmente comunitários. São esses que representam as Comissões, visto a invisibilidade dos representantes dos profissionais e da administração pública nesses espaços públicos. O funcionamento da maior parte das Comissões está centrado nesses participantes que atuam como lideranças comunitárias. Com a Secretaria de Saúde, estabelecem uma relação clientelista, pois buscam esse setor público para solicitar bens e serviços de saúde. A crítica em relação à administração pública é quase ausente, tanto entre os que participam das reuniões do CMS, como entre os que não participam. Já em relação ao CMS, é significativa a diferença entre os que participam, que tendem ver mais positivamente o Conselho de Saúde, e os que não participam, que não reconhecem positivamente esse Conselho.

Palavras-chave: Saúde; Políticas públicas; Controle social.

CIVIL SOCIETY PARTICIPATION IN PUBLIC HEALTH POLICIES: A CASE STUDY OF LOCAL HEALTH COMMITTEES

Abstract: This work had as objective the study of local health Committees (LHC) in the municipality of Piracicaba, seeking to understand how the civil society participation in health policies is done, and the internal relations in committees with the Municipal Council of Health (MCH). The study discusses how the role of civil society in the social control is built throughout the history of the Brazilian people, and post-dictatorship military and the re-democratization of the country, focusing on how the MCH's work and the work of the LCH get along in the current Brazilian conjuncture. We use laws and theoretical texts,

[1] Bolsista de Iniciação Científica. Graduanda de Psicologia da Universidade Metodista de Piracicaba (UNIMEP). E-mail:<rebecappadulla@hotmail.com>
[2] Doutora em Estudos Pós Graduados Em Psicologia Social e mestre em Psicologia pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. Graduação em Psicologia pela Pontifícia Universidade Católica de Campinas. Professora da Universidade Metodista de Piracicaba (UNIMEP). E-mail:<trsouza@unimep.br>

which define the functions envisaged for the CMS and LCH and, based on interviews and observations that occurred along the research, we seek to understand the meanings and senses of these Commissions in concrete reality. The result of the interviews and observations made us understand that users participating in the Commissions already studied come from a history of involvement with popular movements, especially communitarians. They are the ones who represent commissions, due to the invisibility of the representatives of the professionals and the public administration in these public spaces. The functioning of most of the commissions is centered on those participants who act as community leaders. With the Health Secretary, they establish a patronage relationship, because they seek this public sector to request health goods and services. The criticism regarding public administration is almost absent, both among those who participate in the meetings of the MCH, as among those who do not participate. In relation to the MCH, the difference among those who participate, who tend to see more positively the Health Council and those who do not participate and do not recognize positively this Council is significant.

Keywords: Health; Public policies; Social control.

INTRODUÇÃO

Este artigo é resultado de uma pesquisa[3] sobre a participação da sociedade civil (SC) nas comissões locais de saúde (CLS) e sua relação com Conselhos Municipal de Saúde (CMS).

Em um breve resgate histórico, vemos que a **Constituição de 1988 preconiza, em seu Art. 196, a saúde como um direito de todos e um dever do Estado, concebendo-a como promoção, proteção, recuperação e reabilitação.** Tanto a Constituinte como as leis que amparam o Sistema Único de Saúde (SUS) são resultados de uma série de movimentos da sociedade civil que foram ocorrendo no Brasil após a proclamação da República, sendo o movimento para a Reforma Sanitária fundamental para a construção desse Sistema enquanto expressão de um Estado democrático de direitos. A VIII Conferência Nacional de Saúde, ocorrida em 1986, foi um marco histórico nesse sentido, fortalecendo as demandas dos movimentos sociais em relação à universalização do acesso à saúde, que será contemplado no texto da Constituição anos depois.

Segundo Barbosa (2008), as décadas de 70 e 80 foram marcadas pelas inúmeras situações de desigualdade, pobreza, torturas, repressão e a precariedade das condições de saúde da população mais vulnerável e de baixo poder aquisitivo. Apesar da mordaça imposta pela ditadura militar, a sociedade civil tentava participar e se mobilizava para a construção da democracia. Assim, a elaboração de políticas públicas nessa época tem como prioridade a garantia dos direitos do cidadão em todas as esferas que o envolve (social, econômica, educacional, profissional, de lazer, de saúde, dentre outros). A inclusão dos direitos sociais nos direitos de cidadania deveria ocorrer através de políticas sociais como instrumento para justiça social.

Após a Constituição de 1988, a saúde, com o Sistema Único de Saúde (SUS), conquista lei própria: a Lei nº 8.080 de 1990, responsável pela normatização de todos os serviços de saúde no país, tendo como objetivos a promoção, proteção e recuperação da saúde. Nos princípios da lei, respeitando-se os anseios da Reforma Sanitária, a saúde passa a representar não só a assistência médica curativa como também alimen-

[3] Pesquisa de iniciação científica financiada pelo Programa de Apoio de Formação Científica do Discente (FAPIC) da Universidade Metodista de Piracicaba (UNIMEP).

tação, moradia, saneamento básico, meio ambiente, lazer, trabalho, renda, educação, transporte e outros serviços que trazem o bem-estar físico, mental e social ao indivíduo, buscando-se a promoção da saúde e a prevenção da doença ou seus agravos.

Os princípios do SUS são doutrinários e organizativos. Os doutrinários são: universalidade (assegura o acesso aos serviços de saúde para todas as pessoas, em todos os níveis de assistência), integralidade (acesso às ações e aos serviços de saúde tanto preventivos como curativos, individuais ou coletivos) e equidade (disponibilizar o acesso aos recursos e aos serviços de saúde com justiça de acordo com a necessidade de cada sujeito, mas possuindo maior atenção aos que mais precisam).

Já os princípios organizativos são: intersetorialidade (incorporar o maior número de políticas públicas à saúde), descentralização (descentralizar os serviços e direcionar para os municípios; regionalizar e hierarquizar a rede), territorialização e adscrição de clientela (área geográfica de atuação da equipe de saúde de uma determinada unidade; a adscrição de clientela se refere à responsabilidade de cada área geográfica, cada equipe se responsabiliza por mil famílias ─ de 2.400 a 4.500 habitantes), equipe multiprofissional com planejamento integrado, responsabilidade e vínculo da equipe com a população adscrita, **participação e controle social**.

O processo de **Descentralização** está constantemente em debate nas questões de políticas públicas e controle social, pelo fato de os municípios estarem cada vez mais assumindo as responsabilidades que envolvem os serviços públicos. De acordo com Lubambo e Coutinho (2004), existem duas posições neste debate:

> (...) de um lado, aqueles que apostam no fortalecimento dos governos locais como um processo positivo para a democracia e a eficiência alocativa do setor público e, de outro, aqueles que sustentam que o desempenho da gestão local estaria, em princípio, obstruído por inúmeras razões que remetem de maneira geral à incapacidade político-institucional dos municípios — fragilidade financeira; reduzida capacidade organizacional; tradição de práticas clientelistas ou ausência de um capital social aprimorado capaz de atuar como partícipe de uma gestão social. (p. 62).

A descentralização está intimamente ligada aos conselhos gestores que possuem um papel de controle social, mas também é um canal de participação popular e um instrumento de comunicação perante a sociedade civil. Assim, com uma comunicação estabelecida com a sociedade civil, o papel fundamental de controle social se concretiza diante dos gestores. Segundo Lubambo e Coutinho (2004):

> A análise da criação e da atuação dos conselhos gestores nos municípios adquire, nesse sentido, uma importância fundamental, tanto pela sua potencialidade como mecanismo de controle social quanto pela sua função de compor um modelo de gestão específico. (p.64).

Os conselhos gestores possuem este papel tão importante por serem resultado de lutas, demandas e de pressões da sociedade civil que resultaram não apenas em uma simples formação de conselhos gestores, mas na construção e na efetivação de leis que definem as responsabilidades e as áreas de atuação para o controle social (Lubambo e Coutinho, 2004). De acordo com tais leis, vale ressaltar que a composição desses conselhos é paritária, o que, de certo modo, é respeitado em todos os níveis federativos. A composição é de 50% de usuários, 25% de gestores e 25% de trabalhadores, mas não se pode afirmar que todos os conselhos seguem a risca esta determinação. E, se a seguem, nem sempre o processo de escolha desses representantes é democrático.

Em uma pesquisa nacional, envolvendo as regiões metropolitanas do Rio de Janeiro, Belo Horizonte, São Paulo, Recife e Belém, os pesquisadores, por meio de 1.540 entrevistas a conselheiros integrantes de diferentes setores da política pública local, constataram:

> (...) ampla presença de mecanismos e procedimentos de escolha autônoma da sociedade dos seus representantes, tais como fóruns próprios ou conferências municipais. Cerca de 8 em cada 10 conselheiros representam organizações escolhidas em arenas da sociedade para integrarem os conselhos, sem interferência do poder público, tais como assembleias, fóruns específicos ou Conferência Municipal. Apenas 21% dos conselheiros pertencem a organizações escolhidas com a interferência direta do poder público, através de indicação do prefeito e/ou secretário ou em negociação com os mesmos. (JUNIOR, AZEVEDO e RIBEIRO, 2004, p. 32)

O SUS já está, em sua maior parte, implantado em todo o país, mas apenas 21 anos depois, em 28 de junho de 2011, a lei é regulamentada (Decreto nº 7508). A regulamentação teve como intuito uma reorganização do SUS para garantir melhoria no acesso à saúde em todo o país, além de maior transparência na distribuição dos recursos financeiros, gestão do SUS, na segurança jurídica das relações, garantindo também uma maior participação para o controle social.

O decreto n° 7508 considera alguns tópicos necessários para o maior acesso e divulgação do SUS, são eles: Região de Saúde, Contrato Organizativo da Ação Pública, Portas de Entrada, Comissões Intergestores, Mapa da Saúde, Rede de Atenção à Saúde, Serviços Especiais de Acesso Aberto, Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas.

A lei 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 de outras providências".

De acordo com Silva, Jaccoud e Beghin (2005), a participação social pode ser sintetizada em três características: (1) a transparência nas deliberações, decisões, democratizando o sistema decisório; (2) a participação social ganha visibilidade nas demandas sociais, provocando avanços na promoção de igualdades e equidade das políticas públicas; (3) e o alargamento dos direitos junto às ações estatais e equidade das executadas para o interesse público.

O SUS conta com duas instâncias deliberativas, na lei 8.080/90, que diz respeito ao controle social, que são as Conferências de Saúde e os Conselhos de Saúde.

A Conferência de Saúde, nos termos da lei, deve se reunir a cada 4 anos com a representação de vários segmentos sociais, para avaliar a situação da saúde e propor diretrizes para a reformulação da política de saúde em todos os níveis da federação. Já o Conselho de Saúde, de acordo com a lei, parágrafo 2 do art. 1º:

> *[...] em caráter permanente e deliberativo, órgão colegiado composto por representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários, atua na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde na instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, [...]*

De acordo com Stralen (2005), os Conselhos Municipais de Saúde, muitas vezes, são resultados de uma política indutiva do Ministério da Saúde, pois os repasses de verbas federais se sujeitam à existência

dos Conselhos de Saúde e, ao mesmo tempo, são resultados de lutas de longa data pela democratização das políticas de saúde. Claro que o Ministério da Saúde teve grande responsabilidade pelo aumento do número de Conselhos de Saúde, mas esta ação não nega o fato de este espaço democrático ter sido construído ao longo da história das lutas e políticas sociais, estabelecendo a participação da sociedade civil no Controle Social das ações e serviços de saúde.

No caso do município de Piracicaba, a representação da sociedade civil na saúde definida pela participação de usuários SUS em Comissões Locais de Saúde, critério para que cidadãos possam ser elegíveis ao CMS na Conferência Municipal de Saúde. As Comissões Locais de Saúde foram criadas por meio da lei n° 3460, em 29/05/1992. A formação dessas Comissões é feita pela comunidade, pelos funcionários da unidade de saúde (de cada região) e pela administração. Uma vez que a paridade deve estar na estrutura da composição das Comissões, a comunidade deve ter como funcionários das unidades de saúde: 2 titulares e 2 suplentes, sendo 1 titular e 1 suplente, e a administração também 1 titular e 1 suplente. Os representantes da comunidade são eleitos por meio do voto da comunidade, os funcionários da unidade de saúde são eleitos entre os funcionários do local, já os representantes da administração são indicados pela Secretaria Municipal de Saúde. Como determinado legalmente, cabe aos integrantes da Comissão indicar prioridades; acompanhar e avaliar os serviços; divulgar os serviços de saúde existentes; conhecer os funcionários da Unidade de Saúde e escala de trabalho; elaborar pareceres e propostas para melhoria dos serviços; participar na elaboração do orçamento e acompanhar as prestações de contas da área da saúde; fazer contatos e reuniões com outras instituições prestadoras de serviços de saúde e com autoridades, tendo em vista a melhoria do sistema de saúde. O mandato é de 2 anos com direito à reeleição. As Comissões Locais são tão importantes quanto os Conselhos, pois fazem um papel de comunicação com a sociedade civil muito maior que os Conselhos, estão no dia a dia com os usuários e com os trabalhadores analisando os prós e os contras de cada situação. Acima de tudo, as Comissões são capazes de orientar as camadas mais vulneráveis em relação a seus direitos, o que, às vezes, no caso analisado, caracteriza-se como um trabalho de assistência à população, inclusive produzindo uma relação clientelista da população com as CLS e dessas com a Secretaria Municipal de Saúde.

DESENVOLVIMENTO

A pesquisa teve três objetivos: (1) compreender quem são os integrantes das Comissões Locais de Saúde de Piracicaba, o que determina a participação dos mesmos, e como agem diante dos serviços de saúde do município; (2) compreender o funcionamento das CLS e como se dá, ou não, a sua relação com o CMS, apontando características formativas, ideológicas e prático-políticas; (3) e compreender o sentido da participação social através das experiências vividas pelas CLS.

O método utilizado foi o qualitativo, visto estarmos interessados em compreender os significados e sentidos que os indivíduos atribuem às suas participações nesses espaços de controle social. A dimensão subjetiva foi considerada na sua relação dialética com as condições objetivas que buscamos compreender por meio da narrativa das experiências dos sujeitos entrevistados. As técnicas utilizadas para coleta de dados foram:

- Observação participante: realizadas nas reuniões ordinárias e extraordinárias do CMS, que fo-

ram registradas em Diário de Campo, dando ênfase às intervenções dos representantes das CLS presentes na plenária. Foram observadas 14 reuniões.

Com a observação participante em reuniões do Conselho Municipal de Saúde (CMS), podemos perceber como se dava a participação dos integrantes das CLS nesses espaços e sua relação com o CMS, o que está relacionado com o objetivo 2 da pesquisa. Com esses dados, foi possível comparar os significados do CMS entre os que participam das reuniões com os que não participam deste espaço.

- Entrevista semidirigida: realizada com integrantes de Comissões Locais de Saúde, a partir de um roteiro. Foram realizadas 13 entrevistas com titulares das CLS de saúde: 4 Região Leste (Cecap, São Francisco, Perdizes, Eldorado II), 2 Região Oeste (Jupiá, Vila Cristina), 3 Região Sul (Serra Verde, Campestre, 1º de Maio), 3 Região Norte (Santa Rosa, Mario Dedini, Pq. Orlanda), 1 Região Centro (Vila Rezende).

O critério para a escolha dos sujeitos entrevistados contemplou as diferentes regiões da cidade, em que pese o critério para a regionalização da cidade não ser muito claro, mas trabalhamos com a demarcação "territorial" oficial, considerada representativa das diferenças regionais no município. Também contemplamos representantes que participam regularmente das reuniões do CMS (identificados nas listas de presenças e nas observações realizadas) e os que não participam dessas reuniões.

Em nossa análise, identificamos os sujeitos e suas regiões, mas não realizamos uma comparação entre as regiões, visto não dispormos de outros dados para tal análise.

- Pesquisa Documental: coletamos para a análise todos os documentos que avaliamos relevantes para o estudo. Dispomos das atas das reuniões ordinárias e extraordinárias do CMS dos meses de agosto de 2011 a junho de 2012.

Para a realização das entrevistas, foi necessário uma busca pelos sujeitos entrevistados, a fim de que a paridade proposta pela pesquisa ocorresse (5 pessoas participantes das reuniões do CMS e 5 pessoas que não participam das reuniões do CMS), mantendo também o critério das regiões. Foram realizadas 3 entrevistas a mais que o previsto no projeto da pesquisa, pois apostamos em entrevistar todos os que tinham maior frequência nas reuniões do CMS, independente da região de pertencimento desse sujeito. Observamos que o critério quantitativo foi considerado, mas não foi central em nossa análise.

Na busca pelos sujeitos, foram necessárias várias ligações em Programas de Saúde da Família (PSFs) e Unidades Básica de Saúde (UBSs) e para o próprio CMS, a fim de se levantarem as Comissões Locais de Saúde. O Conselho ainda não possuía todos os dados das CLS no município; para tal, foi necessário ligar em várias unidades de saúde à procura dessas Comissões, ter acesso ao contato dos representantes de CLS, fazer o recrutamento destes e, a partir do livre e esclarecido consentimento destes, realizar as entrevistas.

De todos os procedimentos descritos, destacamos as entrevistas, que possibilitaram um diálogo aberto sobre o tema apresentado ao entrevistado. Todos os sujeitos recrutados para a pesquisa foram informados sobre a pesquisa, e foi respeitada a liberdade do sujeito em participar ou não da mesma, expresso no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido que todos os sujeitos assinaram em duas cópias.

Todas as entrevistas realizadas foram áudio-gravadas com o consentimento dos sujeitos e transcritas para a análise.

Para a construção da análise, selecionamos da transcrição das entrevistas os dados direta e indiretamente relacionados aos objetivos da pesquisa, o que permitiu a construção de uma análise descritiva que foi a base para uma análise interpretativa. Consideramos interpretação a argumentação elaborada a partir da articulação dos dados das narrativas de cada sujeito e entre os sujeitos.

Observamos que, antes do início de todo o processo da pesquisa, o projeto foi apresentado ao CMS, que aprovou sua realização em reunião ordinária desse Conselho, tendo sido registrado em ata de reunião. Ao final do processo, também em reunião ordinária do Conselho, constando na pauta da reunião, os resultados da pesquisa foram apresentados ao CMS e às CLS presentes.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

Após o período de estudos, observações e entrevistas com os participantes das Comissões Locais de Saúde da cidade de Piracicaba, identificamos alguns aspectos acerca da participação das CLS, sua relação com a Secretaria de Saúde e Conselho Municipal de Saúde e seu posicionamento diante dos serviços de saúde do município.

Este conhecimento foi construído a partir de uma experiência interativa, e os dados apresentados são indicativos de um processo de participação (Barbosa, 2008). Vale ressaltar que essa pesquisa não está pautada em uma amostragem, os dados possibilitaram uma visão qualitativa do "perfil" dos participantes e suas práticas a partir da realidade vivenciada no município.

Focando nos objetivos da investigação, os dados nos revelam a realidade das CLS na perspectiva da participação social. Em relação à identificação dos entrevistados, levantamos que 69% são mulheres e 31% são homens, essa diferença entre as participações pode expressar o fato de as mulheres terem que lidar mais com a saúde que os homens, por estarem mais próximas à área da saúde devido aos filhos, família, gestação. É o que diz uma de nossas entrevistadas:

"[...] As mulheres são mais participativas, elas acabam desprendendo um tempo maior, acabam achando um tempo porque às vezes não tem, mas elas acham para estar participando. Eu não sei se na verdade é porque ela sente na pele mais diretamente, porque ela tem que coordenar as questões da doença dos filhos, dos idosos, quando é gestante. Então, eu acho que a mulheres são mais atuantes, mais ligadas. [...]" (Região Sul DN).

É inegável a associação da mulher com o cuidado, o que nos remete à histórica desigualdade de gênero, definindo a identidade feminina como cuidadora (casa, marido, filho, família, patrões), e isso pode estar associado à participação da mulher nos serviços de saúde e também em ações dirigidas à melhoria do serviço público de saúde.

Além disso, 56% das mulheres entrevistadas são donas de casa, portanto, provavelmente, com uma agenda mais flexível para participar de reuniões e da vida da unidade de saúde.

Na cultura, a mulher é estimulada a conversar com outras mulheres, família, comunidade, proporcionando uma capacidade de ouvir e falar com certa facilidade. De acordo com Soares (1998), durante os 21 anos da ditadura militar, as mulheres estiveram à frente dos movimentos populares, lutando por direitos

sociais, justiça econômica e democratização.

A escolaridade dos entrevistados, em sua maioria, é o Ensino Médio, mas também encontramos participantes com baixa escolaridade, o que pode dificultar a participação que requer a apropriação de textos com certo nível de complexidade.

"Olha, que nem eu falei para você, eu sou bem ignorante, não entendo muita coisa, [...]" (Região Norte OD).

Do perfil profissional dos entrevistados, uma é técnica de enfermagem e sua atuação na CLS foi motivada por ter trabalhado nessa área no PSF do bairro:

"A necessidade do bairro e também achando que por trabalhar nessa área a gente já conhece o "caminho das pedras", então a gente já sabe por onde, apesar de ser difícil conseguir" (Região Oeste EV).

Outro dado expressivo é o número de aposentados e donas de casa, 28% são aposentados e 38% são donas de casa (56% da totalidade de mulheres entrevistadas), o que possibilita uma agenda mais flexível para se dedicar às atividades que são necessárias à Comissão Local de Saúde. A idade média dos integrantes é de 58 anos, um indicativo também para a questão de já serem aposentados.

De acordo com as entrevistas, um dado bastante expressivo está relacionado ao número de pessoas que já possuem um histórico de participações em movimentos sociais: 85% participaram de movimentos sociais antes da CLS, um percentual muito expressivo, mostrando certa tendência de que as pessoas mais envolvidas em CLS já possuem um histórico de lideranças e participações em movimentos sociais. Esse histórico de participação em movimentos sociais está relacionado principalmente a Associações de Moradores, Centros Comunitários, além de movimentos ligados à igreja: Pastoral da Saúde e a Pastoral da Criança. Esse histórico de vivência em trabalho voluntário é mencionado como um elemento facilitador para o trabalho, ou um requisito "necessário" para que a CLS funcione como se deseja:

"[...] eu quero deixar uma coisa bem clara, ela (CLS) *funciona porque quem faz parte já tem um conhecimento de trabalho, facilita, a gente não é leigo no assunto, a gente já entrou mesmo porque a gente queria juntar o útil ao agradável [...]"*(Região Norte IA).

"[...] mas tive o cuidado de fazer um trabalho antes, de montar uma equipe. Na minha equipe está o presidente do Centro Comunitário, uma pessoa interessada no trabalho comunitário, ele vem somar, a segunda suplente é uma das líderes da pastoral e já foi agente também, ela tem conhecimento, interesse, é dedicada com o trabalho, família, e as duas funcionárias, eu escolhi as agentes mais ativas e dedicadas, uma pertence ao grupo de jovens da Igreja Quadrangular e a outra do grupo de jovens da Igreja Congregação Cristã do Brasil, envolvidas com jovens e famílias." (Região Leste SN).

Essa característica retrata duas situações aparentes: (1) como já são ativos no bairro e conhecidos pela comunidade, acabam assumindo mais de uma posição dentro do bairro, para que as demandas cheguem até eles; (2) essa posição de "recrutar" pessoas que já possuem esse histórico de participações anteriores faz com que um grupo pequeno de pessoas participe, podendo fazer com que pessoas que gostariam de participar desistam por não se entenderem capazes de assumir aquela posição.

Entendendo que a concepção de saúde desses participantes é um dos determinantes dos objetivos da participação na CLS, norteando suas ações dentro e fora da Comissão, buscamos compreender como

pensam a saúde no município. Os discursos dos sujeitos indicam a saúde numa perspectiva curativa e os serviços de saúde como atendimento de pessoas doentes (modelo biomédico). Poucos consideram a qualidade de vida e as condições para sua garantia. Observamos que a ênfase curativa acarreta problemas no próprio serviço de saúde, uma vez que grande parte da população só procura o serviço de saúde quando está manifestando um sintoma. Assim os serviços das Unidades de Pronto Atendimento (UPAs) ficam sobrecarregados, aumentando o tempo de espera pelo atendimento, em que pese as UPAs usarem a metodologia de classificação da urgência/emergência para priorizar o atendimento dos casos mais graves, com risco de morte. A demora no atendimento tem sido uma queixa constante. Destacarmos também que a maior busca pelo "pronto atendimento" está relacionada não só a uma visão da saúde, mas também à realidade da população, especialmente os que estão no mundo do trabalho (emprego), que exigem outros horários de atendimentos (noite, fins de semana), o que as unidades básicas não oferecem. Apenas uma unidade de saúde disponibiliza horário de atendimento diferenciando, atendendo a demanda dos homens. Isso foi uma conquista de uma CLS.

"Porque aqui não é emergência, são consultas que podem ser agendadas, quando é emergência vai para o pronto socorro aí é emergência, mas dificilmente ele se ausenta pra cobrir uma outra situação, a maior parte do tempo ele fica com a gente e quando ele tira férias ele tira 15 dias e volta e depois tira mais 15 dias, sabe trabalhar direitinho, atende à noite, porque você sabe que tem os homens que não pode ir, sabe aqueles homens que falam assim "eu sinto isso, eu sinto aquilo, mas eu trabalho", então espera aí vamos resolver isso para não ter desculpa, uma vez na semana a noite você tem que participar, você tem que vir, e o médico vem, fica uma agente comunitária e uma enfermeira, ele vem e você pode passar aqui a noite quando ele está atendendo, é só homem, é tão engraçado [...]" (Região Norte IA).

Mas, mesmo essas pessoas que observam a saúde com um olhar um pouco mais amplo, não deixam de trazer em suas falas experiências pessoais que ilustram vivências nos atendimentos das unidades de saúde. As experiências vividas por esses representantes, muitas vezes, tornam-se pauta das reuniões internas da CLS, pois só reconhecem um problema quando passam por uma situação pessoal, e assim passam a exigir que o problema seja solucionado.

Em relação ao funcionamento das CLS, o tempo de atuação dos entrevistados contribui na definição da organização interna da Comissão: (1) os entrevistados que estão há menos de um ano trazem a necessidade de se reunirem a fim de levantar as problemáticas existentes no PSF, com uma atuação ligada ao CMS; (2) os entrevistados que possuem de um a três anos de atuação já possuem certa clareza sobre o funcionamento da CLS de acordo com a lei municipal, porém alguns não conhecem as ações do CMS, ou confundem o Conselho com a Secretaria da Saúde; (3) aqueles que estão há 3 anos já possuem mais clareza das atribuições da Comissão, conseguindo ter mais clareza acerca das demandas da comunidade que devem ser consideradas no planejamento das ações e serviços da saúde; (4) aqueles que possuem uma participação há mais de 3 anos possuem uma atuação bem expressiva no bairro como um todo, extrapolando as questões diretamente relacionadas aos serviços de saúde e assumem um papel de liderança na comunidade. O funcionamento de tais CLS é considerado satisfatório (bom) pelos entrevistados. Consideramos algumas mais ativas pelo envolvimento da comunidade com as questões da saúde e outras parecem estar centradas nos membros da própria Comissão que assumem um papel de mediadores entre comunidade e Secretária de Saúde, nem sempre passando pelo CMS.

Como informamos anteriormente, a CLS é formada por um titular e um suplente dos trabalhadores,

dois titulares e dois suplentes dos usuários e um titular e um suplente da administração. Nas entrevistas, não aparecem os representantes dos trabalhadores e da administração, a CLS está mais evidenciada no 1º titular e seu suplente, e não na Comissão na sua totalidade.

A relação das CLS com a Secretaria da Saúde é apontada, na maioria das vezes, como satisfatória, pelo fato de sempre serem recebidos e ouvidos, mesmo que as reivindicações não sejam atendidas. Mas, a relação das CLS com o CMS se diferencia muito em relação a quem participa das reuniões do Conselho e quem não participa. As CLS que participam das reuniões dizem que há uma boa relação com o CMS: já aqueles que não participam das reuniões possuem uma visão negativa do Conselho, pois, sem os esclarecimentos necessários, entendem que o Conselho é apenas um intermediário entre Comissão e Secretaria de Saúde, então, muitas vezes, consideram-no desnecessário, pois já vão diretamente à Secretaria. Assim, poucas CLS participam das reuniões do Conselho.

Considerando a totalidade das entrevistas, identificamos quatro sentidos da participação dos usuários do SUS em CLS (PADULLA, 2012 e PADULLA e SOUZA, 2103):

(1) Participativo-cidadão: relacionado à história de participação comunitária desses usuários e de um compromisso ético com melhorias na comunidade local. Esses usuários, geralmente, são mais propositivos nas reuniões do CMS, buscando contribuir concretamente para a formulação da política pública de saúde do município, mesmo que de forma incipiente;

(2) Participativo-assistencial: assistencial no sentido de se reconhecerem como quem pode/deve ajudar os que precisam, tentando encaminhar demandas da população às autoridades (Secretaria da Saúde, vereadores e CMS). Nesse caso, assumem uma posição de liderança da comunidade e, muitas vezes, assumem uma posição clientelista com a Secretaria de Saúde, o que está fortemente presente na cultura brasileira. Essa relação dificulta o desenvolvimento de uma consciência política acerca da relação sociedade civil-Estado. Existe grande dificuldade em apreender a realidade da totalidade da cidade e das diversas demandas da sociedade como um todo;

(2) Particularista: visto que muitas questões identificadas como problemas nos serviços referem-se a experiências pessoais ou familiares vividas negativamente nos serviços de saúde. A dificuldade de apreensão mais global da realidade também limita a apreensão da realidade local. É particularista também no sentido de se buscar vantagens pessoais nos atendimentos; alguns entendem que como representantes podem ter algum privilégio nos atendimentos pessoais, da família ou de quem eles acompanham em um serviço de saúde. Quando avaliam que foram mal atendidos, sentem-se no direito de fiscalizar e até corrigir o que avaliam como erros ou equívocos;

(3) Político-eleitoral: visto que as CLS podem ser um meio para os seus integrantes se autopromoverem, ganhando visibilidade (popularidade) necessário àqueles com pretensões a cargos no legislativo.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A pesquisa proporcionou compreender quem são os integrantes das CLS do município de Piracicaba, o que os levam a participar e como agem diante dos serviços de saúde do município; compreendendo também o funcionamento interno das CLS e como se dá a relação com o CMS e Secretaria de Saúde. Na

Resolução nº 333/2003, alterada pela Resolução n° 453/2012, definem-se as ações dos conselhos, a organização, a estrutura e o funcionamento. No item sobre definição de Conselhos de Saúde, está claro que a descentralização da saúde, preconizada na Lei Orgânica 8.080/90 e outros textos normativos, tem que ser ampliada, incluindo os Conselhos Locais. Acompanhamos essa avaliação, visto que as pessoas vivem em locais (regiões, bairros, comunidades) que são distintos no todo de um município. Nesse sentido, qualificar as Comissões Locais de Saúde entendemos como condição necessária para a garantia do Controle Social, pois as CLS se relacionam concretamente com as pessoas e com a realidade de uma comunidade. Tais Comissões devem ser consultivas e também podem monitorar de forma efetiva as ações e serviços de saúde; é necessário, portanto, uma política do Conselho Municipal de Saúde que reconheça as Comissões como base para conhecimento de demandas e como instrumentos avaliativos do SUS.

REFERÊNCIAS

BRASIL. **Constituição Federativa do Brasil de 1988.** Seção II DA SAÚDE Artigo 196. <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/constituicao_saude_idoso.pdf>. Acesso em 27 jan.2012.

BRASIL. Lei n.˚ 8.080, de 19 de setembro de 1990. Altera a legislação federal. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF,** 20 set. 1990. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Lei8142.pdf>. Acesso em: 27 de jan. 2012.

COSTA, M. A.; LIONÇO, T. Democracia e Gestão Participativa: uma estratégia para a equidade em saúde? **Saúde e Sociedade** v.15, n.2, p. 47 – 55. Maio – Ago 2006.

FALEIROS, P. V.; SILVA, S. F. J.; VASCONCELLOS, F. C. L.; e SILVEIRA, G. M. R. **A Construção do SUS – Histórias da Reforma Sanitária e do Processo Participativo**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

FONSECA, D.C. **O Drama dos Novos Papéis Sociais: Um estudo psicossocial da formação de identidade nos representantes de usuários num Conselho Municipal de Saúde.** 2000. 173 f. Tese (Mestrado em Psicologia Social) – Universidade Católica de São Paulo.

JUNIOR, O. A. dos S., AZEVEDO, S. e RIBEIRO, L. C. de Q. Democracia e gestão local: a experiência dos conselhos municipais no Brasil. In JUNIOR, O. A. dos S., AZEVEDO, S. e RIBEIRO, L. C. (orgs.) **Governança democrática e poder local: a experiência dos conselhos municipais no Brasil**. Rio de Janeiro: Revan, Fase, 2004

PADULLA, R. P. Comissões locais de saúde e as possibilidades da participação da sociedade Civil nas políticas públicas de saúde: um estudo de caso. In: 20º CONGRESSO DE INICIAÇÃO CIENTÍFICA DA UNIMEP, 1., 2012, Piracicaba. **Anais eletrônicos**... Piracicaba: UNIMEP, 2012. Disponível em: http://www.unimep.br/phpg/mostraacademica/anais/10mostra/1/508.pdf Acesso em: 17 de abr. 2014

PADULLA, R. P e SOUZA, T. R. de P. A participação social no processo de consolidação da democracia brasileira. In: 11º CONGRESSO DE PESQUISA DA UNIMEP, 7., 2013, Piracicaba. **Anais eletrônicos**... Piracicaba: UNIMEP, 2013. Disponível em: http://www.unimep.br/phpg/mostraacademica/anais/11mos-

tra/7/263.pdf Acesso em: 17 de abr. 2014

RELATORIO FINAL VIII. **Conferência Nacional de Saúde** ocorreu-nos entre os dias 17 a 21 de março de 1986. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio_8.pdf>. Acesso em 27 jan. 2012.

SILVA, F.; JACCOUD, L; BEGHIN, N. Políticas sociais no Brasil – participação social, conselhos e parcerias. In: JACCOUD, L. (org.) **Questão social e políticas sociais no Brasil contemporâneo**. Brasília: IPEA, 2005. p. 373-408.

SOARES, V. 1998. Muitas faces do feminismo no Brasil. In: BORBA, A.; FARIA, N. & GODINHO, T. (orgs.). **Mulher e política: gênero e feminismo no Partido dos Trabalhadores.** São Paulo: Fundação Perseu Abramo.

STRALEN. van. J. C. Gestão Participativa de Políticas Públicas: o Caso dos Conselhos de Saúde. **Revista Psicologia Política.** Associação Brasileira de Psicologia Política. Jul – Dez. Vol. 5 n° 10, 2005.