

MINISTÉRIO DA SAÚDE
CONSELHO NACIONAL DE SECRETARIAS MUNICIPAIS DE SAÚDE

PRÊMIO SERGIO AROUCA DE GESTÃO PARTICIPATIVA

**Experiências Exitosas e
Trabalhos Acadêmicos**

Série F. Comunicação e Educação em Saúde



Brasília – DF
2008

© 2008 Ministério da Saúde.

Todos os direitos reservados. É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte e que não seja para venda ou qualquer fim comercial.

A responsabilidade pelos direitos autorais de textos e imagens desta obra é da área técnica. A coleção institucional do Ministério da Saúde pode ser acessada, na íntegra, na Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde: <http://www.saude.gov.br/bvs>

O conteúdo desta e de outras obras da Editora do Ministério da Saúde pode ser acessado na página: <http://www.saude.gov.br/editora>

Série F. Comunicação e Educação em Saúde

Tiragem: 1.ª edição – 2008 – 2.000 exemplares

Elaboração, distribuição e informações:

MINISTÉRIO DA SAÚDE

Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa
Departamento de Apoio à Gestão Participativa
Esplanada dos Ministérios, Bloco G, 4º andar,
sala 419

CEP: 70.058-900, Brasília – DF

Tels.: (61) 3315-3594 / 2676

Fax: (61) 3315-3625

E-mail: sgep@saude.gov.br

Home page: www.saude.gov.br

CONSELHO NACIONAL DE SECRETARIAS

MUNICIPAIS DE SAÚDE – CONASEMS

Esplanada dos Ministérios, Anexo B, sala 130

CEP: 70.058-900, Brasília – DF

Tels.: (61) 3315-2121 / 2828

Fax: (61) 3315-2125

E-mail: contato@conasems.org.br

Home page: www.conasems.org.br

Coordenação:

Ana Maria Costa – Diretora do DAGEP

Colaboradores:

José Ivo dos Santos Pedrosa

Luciana Ratkiewicz Boeira

Maria da Paz Cintra

Nara Fagundes Correia

Simione Silva

Sheila Frez

Valéria Sul

Impresso no Brasil / *Printed in Brazil*

Ficha Catalográfica

Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde.

Prêmio Sérgio Arouca de Gestão Participativa: experiências exitosas e trabalhos acadêmicos / Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2008.

180 p. : il. – (Série F. Comunicação e Educação em Saúde)

ISBN 978-85-334-1470-9

1. Gestão Participativa. 2. Política de Saúde. 3. Sistema Único de Saúde. I. Título. II. Série.

NLM WA 525-546

Catalogação na fonte – Coordenação-Geral de Documentação e Informação – Editora MS – OS 2008/0299

Títulos para indexação:

Em inglês: Sérgio Arouca prize of Participative Administration: successful experiences and academic works

Em espanhol: Premio Sérgio Arouca de Gestión Participativa: experiencias exitosas y trabajos académicos

EDITORA MS

Documentação e Informação

SIA trecho 4, lotes 540/610

CEP: 71200-040, Brasília – DF

Tels.: (61) 3233-1774 / 2020

Fax: (61) 3233-9558

E-mail: editora.ms@saude.gov.br

Home page: www.saude.gov.br/editora

Equipe editorial:

Normalização: Karla Gentil

Revisão: Paulo Henrique de Castro

Capa e projeto gráfico: Fabiano Bastos

Diagramação: Alisson Albuquerque

Sumário

Apresentação 7

Comissão Julgadora 11

Categoria: Experiências Exitosas 15

Trabalhos Premiados 15

Saúde participativa: implantação de uma Política de
Participação Popular Qualificada no SUS 17

Gestão participativa no Hospital Municipal de Contagem (MG) 20

Conselhos de Gestão Participativa nos Hospitais
Federais do Rio de Janeiro: uma experiência 24

As conquistas dos cidadãos de Entre Rios do Oeste graças
à sua participação na gestão da Saúde Pública 28

O Sistema Único de Saúde, a comunidade escolar e o escolar: a escola
como espaço para fortalecimento e consolidação do SUS 32

Menções Honrosas 37

Organização social, participação e influência em políticas públicas:
o caso da anemia falciforme no Sistema Único de Saúde 39

Gestão participativa de uma unidade de saúde em área
de risco: a experiência dos Médicos Sem Fronteiras
na comunidade de Vigário Geral 42

Implantação do novo modelo de gestão participativo e
compartilhado do Instituto Nacional de Câncer 46

Santa Izabel ressuscitada 51

Experiência de gestão participativa do DSEI/FUNASA/
MS, dos municípios e do controle social indígena na
aplicação dos recursos da SAS – incentivo de Atenção
Básica aos povos indígenas de Dourados (MS) 53

O papel do controle social como coadjuvante na gestão

democrática participativa dos centros de referência em saúde do
trabalhador da Renast: a experiência do Cest de Recife **57**

Enfrentando o desânimo e o descrédito: a participação dos
trabalhadores da saúde na gestão do SUS em Várzea Paulista **61**

Pacto da redução do óbito infantil no município de
Piracicaba (SP): a gestão participativa por intermédio
da intersetorialidade e da mobilização social **66**

A vivência de um Conselho Gestor de Unidade: relato de experiência
acerca da gestão participativa em nível local de atenção à saúde **70**

Compatilhado e feito por nós: uma experiência de gestão participativa
em saúde da família no Complexo do Alemão (Rio de Janeiro):
Comitê Gestor do Morro do Alemão: “Acreditando Dá Certo” **74**

Categoria: Trabalhos Acadêmicos 79

Trabalhos Premiados 79

Gestão compartilhada e construção da integralidade da
atenção no SUS: a experiência da 4ª Região de Saúde do Estado
do Rio Grande do Sul – período de 1999 a 2002 **81**

Aplicação do psicodrama pedagógico na compreensão do
Sistema Único de Saúde: relato de experiência **85**

Autopercepção em um grupo de mulheres: os
sentidos e significados sobre saúde bucal **87**

O diálogo como alternativa à participação popular
e ao controle social na saúde **90**

Rede de formadores transformando a educação
permanente em saúde **94**

Menções Honrosas 99

Representantes e representados: relação entre conselheiros
usuários, suas entidades e seus espaços descentralizados do
Conselho Municipal de Saúde de Porto Alegre **101**

Conselhos locais de saúde em Jequié: avanços e
desafios na efetivação do poder popular **106**

Rede social e promoção da saúde dos “descartáveis urbanos” **111**

Abrindo caminhos para a gestão participativa: a contribuição da sociopoética	114
A contribuição das atividades físicas, intelectuais e lúdicas na melhoria da qualidade de vida dos idosos sob a luz da promoção à saúde: análise do Programa Qualidade de Vida	118
Movimento de saúde e SUS: o papel da Comissão Pró- SUS no processo de descentralização e institucionalização da saúde em Teresina (1988/1996)	121
Controle social no SUS: participação enquanto instrumento para desenvolvimento do capital social	124
A questão das demandas judiciais por medicamentos no SUS	129
Controle social no SUS: aspectos constitucionais e legais dos Conselhos de Saúde	132
Diagnóstico da qualidade da assistência prestada no setor de emergência de um hospital municipal de médio porte sob a ótica dos enfermeiros	135
Anexos	139
Anexo A – Panorama da gestão participativa em saúde no Brasil (análise das experiências apresentadas na 2ª edição do Prêmio Sergio Arouca)	141
Anexo B – Conselhos e Conferências: A importância do contexto gerencial e das políticas municipais de saúde	164
Sobre Os Autores	169

Apresentação



A publicação das súmulas dos trabalhos premiados nesta 2ª edição do Prêmio Sergio Arouca, agora em 2008, adquire singular importância para todos nós, cidadãos brasileiros, pois comemoramos 20 anos de existência e resistência da mais significativa conquista da democracia brasileira: a Constituição Federal que considera a saúde como direito de todos e dever do Estado e o Sistema Único de Saúde (SUS) como sólida política pública inclusiva e participativa.

Na comemoração dos 20 anos do SUS, referenciamos principalmente a sociedade brasileira, que durante esse tempo mostrou força para preservar os princípios fundamentais de universalidade, equidade e integralidade e resistir ao apelo dos descaminhos, que sempre se mantiveram à espreita nessa caminhada.

Mas é importantíssimo que façamos referências muito especiais àqueles que ousaram sonhar com um Brasil cidadão, no qual os brasileiros tivessem, por direito de cidadania, um amplo sistema de proteção social que incluísse a saúde, a previdência e a assistência social em seu escopo.

E, entre muitos sonhadores, um deles ocupa um lugar privilegiado em nossos corações e mentes: o médico e sanitarista Sergio Arouca.

Nos nossos corações trazemos lembranças vivas da energia, da garra e da crença com que Sergio Arouca defendia suas idéias. Nas nossas mentes persiste o espólio de conhecimento, de coerência e de visão de futuro com que transformou esse sonho numa construção política compartilhada, que hoje se torna referência mundial: o Sistema Único de Saúde.

O Ministério da Saúde, a Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa (SGEP) – cuja idealização teve em Sergio Arouca seu mentor – e o Conasems sentem-se gratificados e exultantes em fazer desta produção uma tripla homenagem: ao Sergio Arouca, por toda sua existência; ao SUS, que pela persistente afirmação de seus princípios permite a criação e a invenção de experiências como as descritas aqui; e à sociedade brasileira, que legitima o SUS como sua conquista e se sente protagonista de sua história.

As experiências e os artigos descritos no âmbito das comemorações dos 20 anos do SUS representam símbolos vivos, que nos animam a continuar, a persistir, a resistir e a repetir: a saúde é um direito de todos e um dever do Estado.

Antônio Alves de Souza
*Secretário de Gestão Estratégica
e Participativa (SGEP)*

Helvécio Miranda Magalhães Júnior
*Presidente do Conselho Nacional
de Secretarias Municipais
de Saúde (Conasems)*

Comissão Julgadora



Coordenação Geral:

Ana Maria Costa

Coordenação Executiva:

José Ênio Servilha Duarte – Conasems

Sheila Frez da Silva – SGEP

Avaliadores das Experiências Exitosas:

Alcindo Antônio Ferla

Edmundo de A. Gallo

Elias R. Neto

Elioenai D. Alves

Flavio A. de A. Goulart

Jacinta de Fátima S. da Silva

José Ivo dos S. Pedrosa

Maria Constantina Caputo

Simone C. Charbel

Tatiana Lionço

Avaliadores dos Trabalhos Acadêmicos:

Andrea de O. Gonçalves

Carmen F. de S. Teixeira

Ligia Bahia

Luiz Carlos de O. Cecílio

Marcelo N. D. Rocha

Marcelo R. Moreira

Tania R. Krüger

Categoria: Experiências Exitosas

Trabalhos Premiados



SAÚDE PARTICIPATIVA: IMPLANTAÇÃO DE UMA POLÍTICA DE PARTICIPAÇÃO POPULAR QUALIFICADA NO SUS

Autora: *Emília Estivalet Broides*

O município de Guarulhos localiza-se na região metropolitana de São Paulo e é uma das 39 cidades que a integra. Situa-se a 17 km da capital paulista e conta com uma população estimada em um milhão e trezentos mil habitantes, sendo a segunda maior cidade do estado de São Paulo e a 13ª mais populosa do país (fonte: IBGE, 2002).

Em 2005, Guarulhos agregou à experiência do orçamento participativo as *Plenárias de Saúde Participativa*, estabelecendo a partir de então, no âmbito da saúde, um modelo inovador e democrático de ampliação da participação social e de escuta das demandas populares na construção das políticas nessa área.

Os objetivos das *Plenárias de Saúde Participativa* foram: promover e qualificar a mobilização e a participação popular, mediante um processo permanente de fortalecimento do controle social na atenção e na gestão das políticas públicas de saúde, e desenvolver um canal inovador de escuta da população da cidade.

De junho a agosto de 2005, seguindo o calendário e a distribuição por zonas estabelecidas pelo orçamento participativo, ocorreram 23 *Plenárias de Saúde Participativa* em distintas regiões da cidade, envolvendo uma população de cerca de 2.500 pessoas.

Nas *Plenárias de Saúde Participativa* houve o envolvimento de todo o governo local: prefeito, secretários municipais, vereadores, diretores regionais de saúde e lideranças comunitárias. A presença do poder públi-

co, nessas ocasiões, significou a reafirmação do compromisso, por parte dos gestores locais, com o desenvolvimento de políticas intersetoriais e integradas, como estratégia para as ações em saúde na comunidade.

As *Plenárias* foram desenvolvidas em três momentos: primeiramente havia a fala do prefeito, a do secretário de saúde, a do presidente do Conselho Municipal de Saúde e a fala das demais autoridades presentes, colocando a perspectiva do governo acerca dos problemas de saúde para a região, havendo ainda a apresentação regional da situação da saúde. Num segundo momento, a população e os agentes de saúde presentes nas *Plenárias* apresentavam suas reivindicações e suas críticas e identificavam prioridades de ação em saúde, deixando registradas suas demandas e debatendo suas idéias e questões. Esse canal de diálogo entre o poder público local e a população foi denominado de “Fala Povo”. As considerações feitas por intermédio do “Fala Povo” serviram para orientar as ações da secretaria de saúde quanto às prioridades de ação e passaram a se articular às agendas das políticas de saúde para o município no ano de 2006.

Num terceiro momento, foi estimulado o fortalecimento do controle social pela indicação e pela eleição direta dos conselheiros gestores do segmento dos usuários de todas as unidades básicas de saúde existentes no município.

Os conselhos gestores eleitos, após o processo das *Plenárias*, foram compostos por 50% de representantes dos usuários, 25% do segmento dos trabalhadores da saúde e 25% do segmento dos gestores. Foram eleitos nesse processo 1.032 conselheiros gestores.

Em janeiro de 2006 foram desencadeados cursos de capacitação, realizados pela Faculdade de Saúde Pública de São Paulo, baseados nos princípios e nas diretrizes do SUS, a fim de fortalecer a ação dos conselheiros. Todo esse processo foi pactuado com o Conselho Municipal de Saúde.

De uma forma geral, podemos afirmar que, no âmbito das unidades de saúde, qualificaram-se os canais de comunicação entre os gestores, o trabalhador da saúde que compõe as equipes das unidades de saúde e os usuários dos serviços, criando espaços compartilhados de atuação. Envolveram-se outros setores de governo comprometidos com a produção de saúde, construindo práticas de articulação intersetorial. Articularam-se, também, junto ao Poder Legislativo, as melhorias e os aprimoramentos necessários aos mecanismos já criados.

O banco de dados constituído a partir das demandas populares re-

gistradas no “Fala Povo” serviu como indutor de ações de saúde na gestão municipal em 2006 e possibilitou, ainda, o planejamento das futuras ações, o redimensionamento de problemas e o estabelecimento de prioridades, a partir dos anseios populares. As Plenárias de Saúde Participativa, portanto, constituem-se como um processo democrático e participativo, que já apresentou resultados concretos e, nesse sentido, possibilita a sua reprodução em municípios cuja gestão valoriza a participação popular no planejamento e nas ações das políticas públicas de saúde.

Um desafio que está hoje colocado para o desenvolvimento do projeto é a consolidação da co-responsabilidade dos trabalhadores, dos usuários dos serviços e do governo local para o enfrentamento dos determinantes sociais que agravam as condições de vida e de saúde no município. Portanto, o projeto objetiva influir de forma significativa para que a saúde possa ser pensada como um bem pessoal e social, que possibilita a criatividade e a inventividade de sujeitos e coletividades na busca permanente de soluções para conflitos e dificuldades, bem como para a realização de suas aspirações e seus desejos quanto à saúde dos indivíduos e das populações.

Referências

- AKERMAN, Marco et al. Avaliação em promoção da saúde: foco no “município saudável”. *Rev. Saúde Pública*, São Paulo, v. 36, n. 5, 2002.
- CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 8., 1986, Brasília. *Relatório final*. Brasília: Ministério da Saúde/Conselho Nacional de Saúde, 1986.
- WESTPHAL, Márcia Faria. O Movimento Cidades/Municípios Saudáveis: um compromisso com a qualidade de vida. *Ciência Saúde Coletiva*, [S.l.], v. 5, n. 1, 2000.

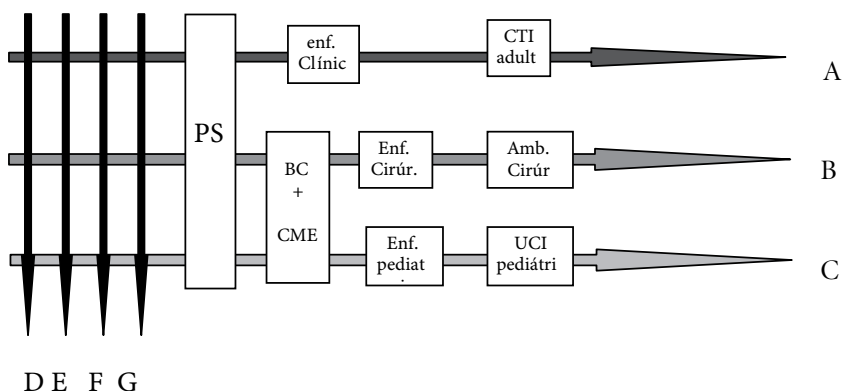
GESTÃO PARTICIPATIVA NO HOSPITAL MUNICIPAL DE CONTAGEM (MG)

Autora: Adriana Diniz de Deus

O Hospital Municipal de Contagem tem 127 leitos, é o único hospital público do município (com 593.420 habitantes) e é referência de atendimento de média e alta complexidade. Ao iniciarmos nosso trabalho, em fevereiro de 2005, nós nos deparamos com um hospital que apresentava inúmeros problemas, muitos deles gerenciais. O modelo de gestão vigente apresentava um organograma totalmente verticalizado e centralizador. Não havia coordenação por setor e nenhuma comissão empossada ou atuante. Não encontramos regimento interno, planejamento, nem rotinas e protocolos escritos. Os trabalhadores, em sua grande maioria, eram contratados, estavam desmotivados, pouco comprometidos (conforme constatava o alto índice de absenteísmo) e com baixa qualificação. Faltavam medicamentos, materiais médico-hospitalares e equipamentos. Essas condições de funcionamento resultavam em uma baixa resolutividade da assistência prestada e uma péssima imagem que os próprios trabalhadores e a população tinham em relação à qualidade do atendimento realizado no hospital. Para modificar tal realidade, o “como fazer” era tão importante quanto o “o que fazer”. Após intenso debate envolvendo os trabalhadores, concluímos que a humanização deveria ser o eixo estruturante de todas as tarefas e ações realizadas. Humanização como centro de um triângulo que estrutura a gestão participativa e colegiada, a assistência ao usuário e a valorização do trabalhador.

1) Gestão participativa e colegiada. Concluímos ser o modelo participativo estruturado em unidades de produção com gerenciamento único e integrado por linhas de cuidado como o mais adequado para alcançar nossos objetivos.

Modelo de gestão do Hospital Municipal de Contagem¹



A *linha A* refere-se ao cuidado ao adulto clínico; a *linha B*, ao cuidado ao adulto cirúrgico; e a *linha C*, ao cuidado à criança. A *linha D* é de apoio diagnóstico e terapêutico e informação hospitalar, a *linha E* é de apoio administrativo financeiro, a *linha F* é de apoio de planejamento e gestão, e a *linha G* é a linha de apoio de gestão do trabalho e da educação na saúde. As linhas diagonais são as comissões. Foram organizados os colegiados por unidades que se reúnem quinzenalmente, o colegiado gestor do hospital, que se reúne semanalmente, e o colegiado ampliado. Realizamos dois planejamentos estratégicos e coletivos, que contaram com grande participação dos trabalhadores.

2) A assistência ao usuário implica a articulação permanente de algumas iniciativas: *a) clínica ampliada*, com: equipes de referência, corrida de leito multiprofissional, projeto terapêutico, Programa Família Participante, Programa a Caminho de Casa, Programa do Kam Bam; *b) alegria auxilia a cura*, com: brinquedoteca, parquinho infantil, carro de atividades, solário adulto, comemoração de datas festivas, doutores da alegria, cultos e missas semanais; *c) acolhimento*, com: visita aberta, ambiência, boletim médico, pôsteres explicativos, ouvidoria e “*posso ajudar?*”.

¹ Fonte: adaptado de Cecílio e Merry (2003).

3) A humanização estrutura o terceiro eixo da gestão, que é o investimento na valorização do trabalhador, com: *a) formação*, com: centro de estudos, protocolos clínicos, educação permanente, reuniões clínicas, cursos, residência médica e internato/estágio; *b) melhoria das condições de trabalho*, com: concurso público/contratação de pessoal, organização no abastecimento de medicamentos e insumos hospitalares, compra de equipamentos, instrumentais, rouparia, organização do prontuário com compra de escaninhos, pastas e novos impressos, como também na organização da comissão de qualidade do prontuário e na normalização dos processos de trabalho; *c) bem-estar do trabalhador*, com: equipe de valorização do trabalhador no Grupo de Humanização, Programa Cuidando de Quem Cuida, ginástica laboral, reeducação alimentar, passeios familiares, feira de talentos, comemoração de dias festivos, dos aniversariantes e do mais elogiado na ouvidoria, uniformes, descanso, armários e segurança.

Assim, a gestão participativa se configura como um conjunto de ações que incluem a valorização do trabalhador e o investimento na formação profissional. É preciso motivar e estimular o vínculo do trabalhador com a instituição e com o usuário, aumentando a responsabilidade e a criatividade, de forma que resultem em maior prazer, satisfação, envolvimento no trabalho e realização profissional. É um investimento na pessoa, no sujeito, que amplia sua capacidade de análise crítica, de planejamento e manejo de conflitos.

Referências

- ADRIANO, Jaime Rabelo; SANTOS, Max André; FERREIRA, Sibele M. G. *Manual de planejamento*. Belo Horizonte: [s.n.], 1998.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. *Humaniza SUS: gestão participativa: co-gestão*. Brasília, 2004.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. *Humaniza SUS: visita aberta e direito à acompanhante*. Brasília, 2004.
- CAMPOS, Gastão W. *Saúde Paidéia*. São Paulo: Hucitec, 2003.
- _____. *Um método para análise da co-gestão de coletivos*. São Paulo: Hucitec, 2002.
- CECÍLIO, Luiz Carlos de O.; MERHY, Emerson Elias. *A integralidade do cuidado como eixo da gestão hospitalar*. São Paulo: Hucitec, 2003.

CONTAGEM (Cidade). Secretaria Municipal de Saúde. *Relatório de gestão*. Contagem, 2006.

DEUS, Adriana Diniz de; CAMPANHA, Miriam Luce. *Plano diretor do Hospital Municipal de Contagem*. Contagem: [s.n.], 2007.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. *Censo demográfico 2005*. Brasília: DATASUS, 2005.

CONSELHOS DE GESTÃO PARTICIPATIVA NOS HOSPITAIS FEDERAIS NO RIO DE JANEIRO: UMA EXPERIÊNCIA

Autora: Claudia Le Cocq

Co-autora: Fabiana Pessanha

Introdução e objetivo da experiência

O Ministério da Saúde institui a criação de Conselhos de Gestão Participativa (CGP) nas unidades hospitalares sob sua gestão no Rio de Janeiro pela Portaria MS/GM nº 1.270, de 5 de agosto de 2005 (BRASIL, 2005b, arts. 11 e 12). Os CGP são regulamentados também pelo Ofício Circular da Diretoria dos Hospitais sob Gestão do Ministério da Saúde no Rio de Janeiro nº 42/2005 (BRASIL, 2005a).

Os CGP são espaços formalizados de gestão includente, democrática, que ampliam o debate com o controle social na articulação da rede de serviços de saúde, sendo instrumentos eficazes para o fortalecimento do Sistema Único de Saúde (SUS), e objetivam implementar as diretrizes para sua constituição e seu efetivo funcionamento nas seis instituições públicas hospitalares do Rio de Janeiro.

Apresentação da experiência

Os CGP foram implantados nos seis hospitais federais: Hospital do Andaraí, Hospital Geral de Bonsucesso, Hospital de Ipanema, Hospital de Jacarepaguá, Hospital da Lagoa e Hospital dos Servidores do Estado, sendo suas funções:

- I – implementar a gestão participativa no âmbito da gestão hospitalar;
- II – *participar do acompanhamento da gestão, garantindo que ele seja compatível ao papel e às responsabilidades da unidade hospitalar no contexto do sistema local, regional, estadual ou nacional de saúde, de acordo com os planos de saúde, os pactos efetuados pelas Comissões Intergestores e as proposições emanadas pelas respectivas Conferências e Conselhos de Saúde;*
- III – *monitorar a implementação das políticas e diretrizes estabelecidas e o desenvolvimento das atividades da unidade;*
- IV – *acompanhar a execução das prioridades e das metas estabelecidas no planejamento por meio de relatórios de atividades, de produção e de desempenho da unidade hospitalar.*

A composição de cada um dos Conselhos de Gestão Participativa é tripartite, com igual número de representantes da direção da unidade hospitalar (1/3), dos trabalhadores (1/3) e dos usuários (1/3). O diretor geral da unidade hospitalar é membro nato, sendo 15 o número máximo de conselheiros. Em 7 de novembro de 2005 foi divulgado o Ofício Circular da Diretoria dos Hospitais sob Gestão do Ministério da Saúde no Rio de Janeiro de número 42, em uma oficina de trabalho. O Ofício Circular estabelece as seguintes diretrizes para a inicial representação dos conselhos:

- Direção – membros indicados pelo diretor geral da unidade hospitalar;
- Trabalhadores – área administrativa (com representação de 20%), área assistencial (representação de 80%), devendo ser constituída de forma multiprofissional; e
- Usuários – indicados pelo Conselho Distrital de Saúde, “*sendo membros natos o seu Presidente (flexibilizado) e o representante do CODS no Conselho Municipal de Saúde, caso estes representem o segmento dos usuários*”.

Os residentes e a ouvidoria, caso estejam implementados, também terão um membro representante, cada um, no CGP, sendo que estes são convidados permanentes do conselho.

Este primeiro CGP tem caráter provisório, duração de 180 dias e a responsabilidade de construção do regimento interno, que precisa ser alvo de consulta pública e “*aprovado e publicado com assinatura em conjunto do Diretor da Unidade Hospitalar, do Presidente do Conselho Distrital de Saúde e do Diretor Geral da Diretoria dos Hospitais sob Gestão do Ministério da Saúde*”.

Para a elaboração dos regimentos internos dos CGP, cada unidade hospitalar seguiu ainda as orientações propostas pelo DHGMS em documento preparado por consultores do Ministério, que ressalta:

Os Conselhos de Gestão Participativa das Unidades Hospitalares do Ministério da Saúde no Rio de Janeiro são órgãos colegiados permanentes de gestão participativa, com função consultiva, tendo como finalidade assegurar a participação da população no acompanhamento e na fiscalização da execução das políticas e ações de saúde no âmbito de atuação da unidade (...). (ORIENTAÇÕES..., 2005).

Resultados e conclusões

A dinâmica de funcionamento de cada CGP é bastante peculiar: em alguns, as discussões são primárias; em outros, surgem mais qualificações, como a implantação da clínica ampliada, a criação de comissões para assuntos específicos e a insuficiência de recursos humanos e materiais, os reflexos para o hospital da insuficiência da rede de atenção básica e do inadequado funcionamento de outros serviços de saúde no estado do Rio de Janeiro, bem como a implementação de uma central de regulação de leitos, por exemplo.

Sua implementação tem alcançado êxitos e tem servido como espelho para que as demais instituições públicas de saúde municipais e estaduais demonstrem interesse em adotar este modelo colegiado de gestão, ampliando os espaços de negociação. Destaca-se que, em um curto estágio de implementação, os CGP já têm cumprido suas metas. Pode-se salientar o apoio para a criação das ouvidorias nessas unidades.

Referências

BRASIL. Diretoria dos Hospitais Sob Gestão do Ministério da Saúde no Rio de Janeiro. *Ofício Circular n.º 42*. Rio de Janeiro, 7 nov. 2005a.

_____. Lei n.º 8.080, de 19 de setembro de 1990. Lei Orgânica da Saúde. *Diário Oficial da União*, Poder Executivo, Brasília, DF, 20 set. 1990. v. 128, n. 182, p. 18.055-18.059, Seção I.

_____. Lei n.º 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. *Diário Oficial da União*, Poder Executivo, Brasília, DF, 31 dez. 1990. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br>>. Acesso em: 3 mar. 2005.

_____. Portaria Ministerial n.º 1.270, de 5 de agosto de 2005. Institui no âmbito da Secretaria de Atenção à Saúde a diretoria dos hospitais sob gestão do Ministério da Saúde no Rio de Janeiro e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Poder Executivo, Brasília, DF, 8 ago. 2005b.

ORIENTAÇÕES para elaboração do Regimento Interno dos CGP nas Unidades Hospitalares do Ministério da Saúde no Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, 2005.

REUNIÕES dos Conselhos de Gestão Participativa nos diversos Hospitais Federais. Rio de Janeiro: [s.n., 200-?].

AS CONQUISTAS DOS CIDADÃOS DE ENTRE RIOS DO OESTE GRAÇAS À SUA PARTICIPAÇÃO NA GESTÃO DA SAÚDE PÚBLICA

Autora: Lenir Dresch

A Lei nº 8.080/90 regulamenta o Sistema Único de Saúde (SUS) no país, e a Lei nº 8.142/90 determina a participação da sociedade civil organizada na gestão desse sistema. Em seu artigo 1º, são instituídas, como instâncias colegiadas, as conferências de saúde e os conselhos de saúde, que obrigatoriamente integram o SUS e recebem a prerrogativa de auxiliar na elaboração das políticas públicas, assim como no controle dessas, haja vista que estes são conhecedores da realidade social onde vivem e poderão, portanto, propor estratégias de ação, na resolutividade e na qualidade dos serviços de saúde, na formulação, na gestão e na avaliação da política de saúde.

Os serviços de saúde públicos disponíveis no município de Entre Rios do Oeste, estado do Paraná, são sem sombra de dúvida o troféu que a população alcançou graças ao seu empenho e envolvimento na busca de uma saúde plena em todos os sentidos, objeto de seus direitos constitucionais garantidos na Carta Magna de nosso País.

Da mesma forma, os excelentes indicadores de saúde hoje constatados por meio dos relatórios de gestão comprovam o quanto uma população organizada consegue conquistar graças à sua mobilização e autonomia.

Entre as primeiras leis criadas no município, uma foi a que instituiu o Conselho Municipal de Saúde (Lei nº 7, de 1º/3/1993), e outra foi a que criou o Fundo Municipal de Saúde (a Lei nº 13, de 29/3/1993).

Em apenas dois anos de vida própria, o município realizou sua 1ª Conferência Municipal de Saúde. Evento que envolveu aproximadamente 300 pessoas, entre a conferência e as pré-conferências (cerca de 10% da população municipal). Inicia-se nesse evento uma verdadeira e legítima gestão participativa na saúde pública municipal. A partir daí, a cada dois anos o mesmo evento se repete. Inúmeras conquistas resultam dessa participação, a exemplo: (1) melhora na quantidade e na qualidade da oferta dos serviços de saúde pública, bem como a descentralização e a regionalização, o que facilita o acesso; (2) presidente do CMS eleito entre seus membros; (3) acesso igualitário aos serviços pelos usuários que residem longe do município, inclusive com agendamento de consultas por telefone; (4) ações e serviços de promoção da saúde, com muitas propostas de ação e prevenção de doenças nas escolas e na sociedade, inclusive ações intersetoriais; (5) garantia de investimento muito além do preconizado, assim como orçamento próprio para o CMS; (6) redução de morbimortalidade evitável, entre tantas outras.

Para melhor controle social das contas públicas, a partir de 2001 a prefeitura passou a alimentar o Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (Siops), que disponibiliza via *online* o demonstrativo de recursos municipais próprios investidos nas ações e nos serviços de saúde a cada semestre.

Também, no mesmo sentido, em maio de 2002, adotou-se a prática das audiências públicas, para as quais é convidada toda a população, especialmente o conselho municipal de saúde, a câmara de vereadores e toda a sociedade organizada. As audiências acontecem a cada três meses. No evento, apresentam-se as receitas, as despesas e a produção dos serviços de saúde realizados com recursos públicos federais, estaduais e municipais à população usuária do SUS no município.

No tocante aos valores financeiros dos cofres públicos municipais destinados ao setor, observa-se a cada ano um incremento no percentual aplicado. Enquanto que em 1996 investiu-se no setor o equivalente a R\$ 214.518,32 (5,54% do orçamento), em 2003 encontra-se um investimento de R\$ 1.100.014,68, ou seja, 21,80% do orçamento municipal destinado exclusivamente à saúde no município.

O fato de o município possuir atualmente uma cobertura de 100% da população com a Estratégia Saúde da Família, realizando um trabalho voltado para promoção da saúde nos domicílios, inclusive com internamentos domiciliares – sabendo-se que tal idéia nasceu no berço de uma conferência municipal de saúde –, só vem a reforçar o pensamento de

que a sociedade colhe e se beneficia de frutos de seu próprio esforço, envolvimento e empenho na busca de uma qualidade de vida.

Comparando-se o que a sociedade propôs como política pública de saúde para o município de Entre Rios do Oeste, nos últimos 10 anos, com o que está sendo executado pelos serviços e pela gestão, assim como os excelentes resultados alcançados nos indicadores de saúde, pode-se concluir tranqüilamente que, de fato, a gestão participativa é o modelo de administração mais seguro e ideal para o alcance definitivo da implementação e da consolidação do SUS em nosso País.

Acredita-se que a experiência de um pequeno município que decidiu, desde o início de sua vida própria, optar pela gestão participativa para conduzir suas políticas consegue provar que não é porque nossa sociedade viveu durante muitos anos privada do exercício de democracia que, de repente, ela não possa se ver chamada a desempenhar um papel totalmente novo e ímpar nos conselhos municipais de saúde. De que maneiras? Apontando caminhos e compartilhando decisões, que devem ser disseminadas como forma de incentivar essa modalidade de gestão, que está no ideário da Reforma Sanitária do nosso País.

Referências

BRASIL. Lei n.º 8.080, de 19 de setembro de 1990. Lei Orgânica da Saúde. *Diário Oficial da União*, Poder Executivo, Brasília, DF, 20 set. 1990. Disponível em: <http://www.saude.gov.br/sas/ddga/proNorm/lei8142.htm>. Acesso em: 18 out. 2006.

_____. Lei n.º 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. *Diário Oficial da União*, Poder Executivo, Brasília, DF, 31 dez. 1990. Disponível em: <http://www.saude.gov.br/sas/ddga/proNorm/lei8142.htm>. Acesso em: 18 out. 2006.

CARVALHO, A. I. *Conselhos de Saúde no Brasil: participação cidadã e controle social*. Rio de Janeiro: FASE/IBAM, 1995. 136 p.

ENTRE RIOS DO OESTE (cidade). *Reunião mensal do Conselho Municipal de Saúde, 1993-2006*. Livros de Atas. Entre Rios do Oeste, [2006?].

PARANÁ (Estado). Departamento Municipal de Saúde de Entre Rios do Oeste. *Documentos internos de acesso público: Plano Municipal de Saúde; Relatório de Gestão; PPI's; Relatório Final Conferências Municipais de Saúde*. Pesquisa feita na série histórica dos últimos 10 anos. Paraná: [s.n., 200-?]. No prelo.

RODRIGUEZ NETO, Eleutério. A Reforma Sanitária e o Sistema Único de Saúde: suas origens, suas propostas, sua implantação, suas dificuldades e suas perspectivas. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenação de Informação, Educação e Comunicação. *Incentivos à participação popular e controle social no SUS*. Textos técnicos para Conselheiros de Saúde. Brasília, 1998.

O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE, A COMUNIDADE ESCOLAR E O ESCOLAR: A ESCOLA COMO ESPAÇO PARA FORTALECIMENTO E CONSOLIDAÇÃO DO SUS

*Autores: Regiane Rezende
Luis Mauro Marques da Cunha*

A noção da saúde como direito e produção social, bem como construção das bases e dos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), foi viabilizada por meio de condições sociais e políticas geradas pela emergência dos movimentos sociais nos anos 70 e 80, associada à mobilização das universidades, das organizações de gestores e dos trabalhadores da saúde, em um intenso processo de participação social. Em 1986, a 8ª Conferência Nacional de Saúde aprovou as bases do SUS e evidenciou a necessidade e a obrigatoriedade da participação social na discussão, na formulação e no controle da política de saúde no Brasil. Dessa forma, a participação caracteriza-se como um componente essencial à Reforma Sanitária brasileira e à implementação de mecanismos de mobilização para um processo de gestão estratégica e participativa.

Este trabalho tem como objetivo apresentar o processo de construção e compreensão da escola como um espaço para o fortalecimento e a efetivação dos princípios e das diretrizes do SUS com enfoque na participação e no controle social, no âmbito da estratégia Escolas Promotoras de Saúde desenvolvida no Tocantins.

O processo de socialização do SUS envolveu, em um primeiro momento, as equipes municipais de gerenciamento integrado da estratégia Escolas Promotoras de Saúde e dos agentes escolares de saúde e, em um segundo momento, a comunidade escolar dos dez municípios onde está

implantada a estratégia, que abrange 205 escolas e cerca de 30% dos escolares da primeira fase do ensino fundamental da zona urbana do estado. As oficinas realizadas tiveram como objetivos: promover uma releitura do SUS, a partir do olhar da comunidade escolar e da compreensão da escola como um espaço para o fortalecimento e a efetivação de seus princípios e suas diretrizes, e promover uma reflexão sobre a importância da participação e da ampliação dos espaços de participação dos estudantes nos processos decisórios da escola e da comunidade.

Tomou-se como foco a participação e o controle social para a construção de caminhos comuns nos quais a saúde e a educação pudessem reconhecer e assumir responsabilidades quanto ao desenvolvimento de habilidades e à abertura de espaços para a participação, contribuindo para a formação de cidadãos críticos, participativos e propositivos.

Algumas questões orientaram o desenvolvimento das oficinas e foram utilizadas como disparadoras para a reflexão, as conversas e as produções dos grupos. Partindo-se de construções conceituais coletivas, foi possível trabalhar com a percepção sobre a prática desses conceitos no âmbito do SUS. Seguiu-se a problematização dos processos de saúde, adoecimento, cura e cuidado, tendo como base o seu desenvolvimento ao longo da história, a identificação da natureza social, política, pedagógica e cultural desses processos e a participação do homem como cuidador, provedor e como ser a ser cuidado. Foi identificada a forte tendência do sistema de saúde de fixar-se no modelo biomédico. De igual maneira, houve o reconhecimento de como as nossas formas de participação e reivindicação também podem direcionar a organização e a disponibilização dos serviços de saúde, reforçando tal modelo.

A importância da participação social na conquista do direito à saúde foi evidenciada a partir da construção da *linha do tempo da saúde no Brasil*, na perspectiva do direito à saúde, com a identificação da participação popular na conquista desses direitos. A definição de que a participação é um direito mas também um dever foi desenvolvida mediante a reflexão sobre a participação, a cidadania, os direitos e os deveres.

Por intermédio das falas, foram verificadas as possibilidades de participação a partir de práticas concretas em espaços concretos, reforçando o papel e o compromisso da escola para com a promoção da participação e do controle social, assumindo que o processo de desenvolvimento de habilidades para construir espaços de participação na escola e na comunidade torna-se um processo de aprendizagem mútua no sentido de partilhar tais espaços e o poder, de aprender a ouvir, considerar, pon-

derar, argumentar. A efetivação da participação e do controle social requer um processo educativo transformador, emancipador, o que levou à discussão sobre as opções pedagógicas (pedagogia da transmissão, do condicionamento, da problematização e a educação popular) e seu impacto nesse processo.

A reconstrução do significado da educação em saúde e da forma de articulação entre saúde e educação pode fortalecer o protagonismo na produção e na promoção da saúde, bem como na formação de cidadãos em defesa do SUS. Nesse contexto, uma escola que promove a saúde, no seu percurso e desenvolvimento, também reconhece e assume o papel de facilitadora para o processo de consolidação do SUS e a construção de uma sociedade mais justa e integrada.

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. *Humaniza SUS: Política Nacional de Humanização*. Documento para discussão. Brasília, 2003.

_____. Ministério da Saúde. *Oficina de trabalho informações em saúde para o controle social, Brasília, 29 e 30 de maio de 2003: Relatório final*. Brasília, 2003.

_____. Ministério da Saúde. *Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa no SUS – Participa SUS*. Brasília, 2006. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br>>. Acesso em: 19 nov. 2006.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Política de Educação de Desenvolvimento para o SUS, Caminhos para a Educação Permanente em Saúde, Pólos de Educação Permanente em Saúde*. Brasília, 2003.

_____. Secretaria da Educação Fundamental. *Parâmetros curriculares nacionais: terceiro e quarto ciclos, apresentação dos temas transversais*. Brasília: MEC/SEF, 1998.

CAMPBELL, Jack (Org.). *Construindo um futuro comum: educando para a integração na diversidade*. Brasília: Unesco, 2002.

CASTELLANOS, L. M. “Marco referencial” de *Habilidades para la Vida*: Una propuesta educativa para convivir mejor. Colombia: Fe y Alegría; Bogotá: la Deutsche Gesellschaft für Technische Zusammenarbeit (GTZ) GMBH Agencia de la GTZ, 2003.

CENTRO DE PROMOÇÃO DA SAÚDE (CEDAPS). *Como se constrói uma Escola de Todos*. Rio de Janeiro, 2006. Versão preliminar.

CENTRO PARA EL DESARROLLO Y EVALUACIÓN DE POLÍTICAS Y TECNOLOGÍA EN SALUD PÚBLICA (CEDETES). *Evaluación de Efectividad en Promoción de la Salud*: Guía de Evaluación Rápida. Santiago de Cali, Colombia, 2004.

CHILE. Ministerio de Salud. *Establecimientos da educación promotores de la salud en Chile*: avances y desafíos. Chile, 2002. 136 p.

DAVINI, M. C.; HADAD, J. Q.; ROSCHKE, M. A. *Educación permanente del personal de la salud*. Washington: Organización Panamericana de la Salud/ Organización Mundial de la Salud, [200-?]. (Serie DRH, n. 100).

FREIRE, Paulo. *Pedagogia do oprimido*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1987.

INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC. *La Salud de las comunidades*: perspectivas para la contribución de la salud pública al desarrollo social y de las comunidades. Québec, 2003.

IPPÓLITO-SHEPHERD, J. *Escuelas Promotoras de la Salud*: la experiencia centroamericana. Washington, D.C.: OPS, 2002.

_____. *Fortalecimiento de la Iniciativa Regional Escuelas Promotoras de la Salud*: Estrategias y líneas de Acción 2003-2012. Washington, D.C.: OPS, 2003. 74 p. (Serie Promoción de la Salud, n. 4).

MATURANA, H.; REZEPKA, S. N. de. *Formação humana e capacitação*. Petrópolis: Vozes, 2000.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. *Entornos saludables y mejor salud para las generaciones futuras*. Washington, DC: OPS, 1998. 32 p. (OPS comunicacion para la salud; 13).

SÃO PAULO (Cidade). Secretaria Municipal de Saúde. *Acolhimento: o pensar, o fazer, o viver*. São Paulo, 2002.

VASCONCELOS, E. M. (Org.). *A saúde nas palavras e nos gestos*: reflexões da rede de educação popular e saúde. São Paulo: Hucitec, 2001.

Menções Honrosas



ORGANIZAÇÃO SOCIAL, PARTICIPAÇÃO E INFLUÊNCIA EM POLÍTICAS PÚBLICAS: O CASO DA ANEMIA FALCIFORME NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

Autora: Berenice Assumpção Kikuchi

A anemia falciforme é uma doença hereditária resultante de uma mutação genética ocorrida há milhares de anos, majoritariamente, no continente africano. O gene da hemoglobina S foi introduzido no Brasil a partir da colonização portuguesa com o ingresso dos cativos africanos.

No país, o gene está distribuído de forma heterogênea com frequências que variam de 2% a 6% na população geral e de 6% a 10% quando se considera apenas a população negra. Essas pessoas são reconhecidas como portadoras do traço falciforme e não desenvolvem a doença; entretanto, a sua união com pessoas na mesma condição genética pode gerar filhos com a doença anemia falciforme em 25% de chances a cada gestação.

A enfermidade e suas complicações clínicas têm níveis hierarquizados de complexidade, num contínuo entre períodos de bem-estar ao de urgência e emergência. Historicamente, a percepção do tratamento para anemia falciforme é percebida como de competência dos centros hematológicos. Os níveis intermediários da atenção à saúde desconhecem ou mesmo ignoram a enfermidade dentro da linha de cuidados.

É nesse cenário de invisibilidade da enfermidade que conheci, em 1993, a família de Thiago, que estava com dez anos de idade e diagnóstico recente de anemia falciforme. Ao falar-me sobre as dificuldades que estava enfrentando para aceitar a doença e conseguir recursos médicos, a família despertou-me o interesse por conhecer em profundidade em

que contexto a enfermidade estava inserida e sua relação com os serviços de saúde.

O contato com Thiago norteou para mim uma nova militância: tirar da invisibilidade a anemia falciforme por intermédio das políticas públicas. Para isso era necessário mobilizar vontades para a ação, dar voz a essas pessoas e gerar mobilidade dentro do Sistema Único de Saúde (SUS), de forma que permitisse a popularização da enfermidade.

As ações desencadeadas foram pautadas na organização social dessas pessoas e na mobilização da sociedade civil organizada, que resultaram, em 1997, na Lei nº 12.357, que institui no município de São Paulo (SP) o Programa de Prevenção e Assistência Integral às Pessoas Portadoras do Traço Falciforme ou Anemia Falciforme e dá outras providências.

A continuidade do processo de mobilização resultou na expansão dessa política pública para outras cidades e estados da federação. No ano de 2001, o Governo Federal, por meio da Portaria MS/GM nº 822, incluiu o exame que detecta anemia falciforme no Programa Nacional de Triagem Neonatal, conhecido popularmente como “teste do pezinho”, em doze estados da federação.

No ano de 2005, a Portaria MS/GM nº 1.391, de 16 de agosto de 2005, institui no âmbito do Sistema Único de Saúde as diretrizes para a Política Nacional de Atenção Integral às Pessoas com Doença Falciforme e outras Hemoglobinopatias.

O contato com Thiago e sua família trouxe-me várias inquietações e reflexões a respeito da doença e dos doentes, da população negra acometida, dos preconceitos e do racismo, da descontinuidade administrativa, do sucateamento dos serviços públicos e da ausência de políticas públicas no setor.

Tal relação preestabelecida precisava ser revisada, agora sobre uma nova ótica, ou seja, o espaço social e político que a população negra ocupa nessa relação de poder na qual os seres desta sociedade não estão justapostos uns ao lado dos outros, mas sim hierarquizados uns sobre os outros, mantendo por meio de uma prática racista a população negra estratificada na pobreza. É esta cultura alienante de um país que “vende” a imagem de democracia racial que precisava ser desvelada para se tirar a doença e a pessoa com a doença da invisibilidade.

A partir dessas constatações, iniciamos um processo de organização social das pessoas com a doença e seus familiares. Desencadeamos várias atividades (tais como: cursos, palestras, seminários em escolas, comunidades e universidades) como forma de envolver lideranças do

movimento social negro, pesquisadores, gestores públicos, legisladores. Assim, geramos grupos de pressão em várias cidades e estados da federação que assumem a luta pela inclusão das pessoas com anemia falciforme no Sistema Único de Saúde. A Portaria nº 1.391/05 é uma vitória da sociedade, ou seja, representa a atenção às pessoas com anemia falciforme em todos os níveis do sistema.

Ainda há um longo caminho a ser percorrido; entretanto, reconhecemos e somos reconhecidos como militantes e enquanto instituição: Associação de Anemia Falciforme do Estado de São Paulo, que contribuiu e contribuirá significativamente para a melhoria da qualidade de vida das pessoas com anemia falciforme no Brasil e no mundo. Como profissional de saúde que trabalhou durante trinta anos no serviço público como enfermeira, tenho muito orgulho de ter sido protagonista de ações que resultaram em políticas públicas de atenção às pessoas com anemia falciforme.

Referência

FAZENDA, I. *Didática e interdisciplinaridade*: a aquisição de uma formação interdisciplinar de professores. Campinas: Papirus, 1998.

GESTÃO PARTICIPATIVA DE UMA UNIDADE DE SAÚDE EM ÁREA DE RISCO: A EXPERIÊNCIA DOS MÉDICOS SEM FRONTEIRAS NA COMUNIDADE DE VIGÁRIO GERAL

Autora: Simone Rocha Valente Pinto

Co-autora: Elaine Monteiro

Em seus quinze anos de atuação na cidade do Rio de Janeiro, em uma de suas linhas de atuação, a organização internacional de ajuda humanitária *Médicos Sem Fronteiras (MSF)* implantou três unidades de atenção primária à saúde em áreas de vulnerabilidade social no município e revitalizou uma unidade pública previamente existente. Em cada uma das experiências, a participação da população local na co-gestão dos serviços de saúde foi um princípio de atuação da organização, que procurou desenvolver atividades de sensibilização, mobilização, organização e capacitação das comunidades para a co-gestão dos projetos e programas de saúde. A origem do trabalho dos MSF nessas comunidades está diretamente relacionada às dificuldades de acesso de seus moradores aos serviços de saúde. O contexto de violência no qual as comunidades estão inseridas também foi um elemento norteador na escolha das áreas de intervenção dos *Médicos Sem Fronteiras* na cidade do Rio de Janeiro. Este relato trata da experiência inaugural dos MSF e da implantação e municipalização do Posto de Saúde de Vigário Geral (PSVG, 1995–1998). O PSVG foi repassado ao município em 1998 e, desde então, é co-gerido pela Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro e pela organização não-governamental *Movimento Organizado de Gestão Comunitária (Mogec)*, cuja criação é resultado do projeto *Capacitação de Gestores Comunitários (CGC)*, também dos MSF.

O modelo de atuação desenvolvido nesta experiência se sustentou no seguinte tripé: 1º) assistência psicossocial e de saúde, com a implantação da unidade de atenção primária pelos MSF; 2º) consolidação da unidade simultaneamente à organização da população, à capacitação da comunidade e à articulação com o poder público; 3º) repasse da unidade de saúde para o governo municipal em regime de co-gestão com a comunidade. O desenvolvimento do projeto passava pela instauração de processos participativos de gestão, o que implicava a organização da comunidade. Três momentos importantes do processo de organização comunitária são observados: 1º) a organização cotidiana de usuários do posto para a participação na gestão deste, que culminou com a criação do Conselho Consultivo do Posto; 2º) a criação do Fórum Local de Vigário Geral; 3º) a criação do Projeto de Capacitação de Gestores Comunitários.

O Conselho Consultivo do PSVG foi criado em 1996 e era formado por representantes da comunidade, por usuários diretos dos serviços prestados pelo posto e por profissionais que nele trabalhavam. O conselho discutia o funcionamento do PSVG, o desenvolvimento dos programas e planejava atividades, como campanhas educativas e de vacinação, além de mobilizar a comunidade e buscar alternativas para aprimorar as atividades desenvolvidas e ampliar os serviços prestados. No início do ano de 1997, foi criado o Fórum Local de Vigário Geral, com a participação dos MSF e de três outras instituições que atuavam na comunidade. A idéia inicial era promover ações articuladas entre as organizações governamentais e não-governamentais. Aos poucos, o fórum foi se ampliando, com a participação de igrejas locais, movimentos sociais e da população em geral. As reuniões aconteciam na Associação de Moradores. Ainda em 1997, os MSF organizaram, com o apoio do Programa da Infância Desfavorecida em Meio Urbano/União Européia (Pidmu) e da Secretaria Municipal do Trabalho do Rio de Janeiro, o projeto *Capacitação de Gestores Comunitários* (CGC), que contou com a participação de 18 alunos, moradores de cinco comunidades. O CGC teve como objetivos: 1º) definir uma metodologia de trabalho que formasse gestores sociais/comunitários em uma discussão plural e participativa com equipamentos comunitários; 2º) estimular a formulação de novas experiências sociais nas comunidades de origem dos alunos; 3º) fortalecer os movimentos comunitários locais a partir de uma sólida capacitação organizativa e administrativa; 4º) sistematizar o debate acerca da participação/organização popular e do desenvolvimento comunitário.

A capacitação foi dividida em três fases, articuladas umas com as outras. A primeira, *Construção do Conhecimento*, propiciou a capacitação, a partir de módulos de formação em diversas áreas de conhecimento, com a perspectiva de assegurar os saberes necessários à gestão de espaços comunitários. A segunda fase, *Prática Institucional*, fixou os alunos no interior de instituições durante quatro semanas, a fim de discutir seus objetivos, suas dificuldades e de compreender seus processos internos de gestão. A terceira fase, *Assessoria e Implementação de Projetos Comunitários*, teve como objetivo o reconhecimento, por parte dos alunos, das necessidades e demandas de suas comunidades a partir do diálogo com a população sobre suas principais urgências, a fim de formular propostas de instalação ou de reativação de equipamentos assistenciais ou de saúde. O CGC foi também uma resposta à gestão do ambulatório de saúde e assistência dos MSF em Vigário Geral. Ao final do curso, o grupo de alunos de Vigário Geral mobilizou a comunidade e fundou o Mogec, que assumiu a gestão do posto em parceria com a Secretaria Municipal de Saúde (SMS).

Os MSF procuraram uma articulação com o governo municipal em todas as fases do projeto. O projeto foi discutido desde o início com a Coordenação de Saúde da Área de Planejamento 3.1 (CAP 3.1) e com a Secretaria Municipal de Saúde. A articulação direta com uma instância local da administração municipal possibilitou que os MSF encontrassem na CAP 3.1 um interlocutor com a SMS. A parceria dessa coordenação no projeto foi construída gradativamente e em várias atividades e programas desenvolvidos. Todos os programas implantados a partir de janeiro de 1996 tiveram como parceiro o governo municipal, que em geral se responsabilizava pelos insumos. A SMS também passou a fornecer gradualmente ao posto toda a medicação necessária ao seu funcionamento. Os MSF também estabeleceram parceria com o Programa Estadual de Combate às DST e Aids, que repassava ao posto materiais educativos, preservativos e medicação específica.

O fato de os MSF terem estabelecido um diálogo com o governo mostrou-se fundamental para a consolidação dos programas básicos de saúde e assistência. Depender de recursos governamentais, como o fornecimento de insumos e medicação, foi uma estratégia segura para a continuidade dos serviços e para o envolvimento do poder público na implantação do serviço de saúde para a população no interior de uma comunidade. A parceria com o governo municipal confirma que os desafios impostos por processos de exclusão social requerem parcerias en-

tre setores governamentais, não-governamentais e a população. O projeto de Vigário Geral procurou garantir a presença efetiva do poder público no cotidiano daquela comunidade. O PSVG foi municipalizado e hoje faz parte do Sistema Único de Saúde (SUS). Esta foi a grande conquista dos três anos de trabalho em Vigário Geral.

IMPLANTAÇÃO DO NOVO MODELO DE GESTÃO PARTICIPATIVO E COMPARTILHADO DO INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER

Autora: Myriam Machado Fernandes

Co-autores: Reinaldo Braun

Jairo Luis Jacques da Matta

Celso Dias Coelho

Introdução

As organizações de saúde tendem a adotar modelos de gestão complexos motivadas pela nobreza e amplitude da sua missão e, sobretudo, pela participação de equipes multidisciplinares com elevado grau de autonomia e utilização de tecnologia de ponta de modo rotineiro.

A idéia de integração das ações com base numa estratégia de organização participativa, compartilhando responsabilidades, com vistas ao cumprimento de suas funções e seus objetivos estratégicos, foi determinante da proposta de um novo modelo de gestão participativa e compartilhada para o Instituto Nacional de Câncer (Inca). As definições do modelo e as experiências de sua implantação até o presente momento são objetos deste trabalho.

Objetivo da experiência

O novo modelo de gestão do Inca teve como premissas o desenvolvimento e a incorporação, no Inca, de uma cultura organizacional focada na missão e na visão nacionais integradas ao SUS, na gestão participativa, compartilhada e transparente, na pactuação de objetivos e metas, no pensamento estratégico e no aprimoramento contínuo da gestão do conhecimento.

Além destas, outras prerrogativas incentivaram a formulação e a implementação de um novo modelo de gestão, tais como: a relevância em

atender com responsabilidade social e transparência às premissas do SUS; o papel do Inca como órgão do MS responsável pela coordenação das ações nacionais de prevenção e controle do câncer no Brasil; a necessidade de horizontalizar a comunicação e integrar as atividades das diferentes instâncias do Inca que lidam com a prevenção, a atenção e o controle do câncer em todo o território nacional; a necessidade de ampliar os mecanismos de humanização da atenção em câncer; e o modelo de gestão participativo e compartilhado como suporte e fundamentação democrática de ações estratégicas em defesa do projeto civilizatório, que alicerça a Reforma Sanitária brasileira.

Apresentação da experiência

Foi contratada uma consultoria externa de profissionais oriundos da Ensp/Fiocruz com uma história de democratização institucional, que apontou, entre outras diretrizes, a necessidade de ampliar os fóruns internos de discussão e a percepção do Inca sobre o próprio Instituto. Foram formados 4 grupos por eixos temáticos com base nas atividades finalísticas da Instituição.

A consolidação das discussões dos grupos de trabalho resultou no documento “Política Institucional / Diretrizes”, do qual partiu a proposta do Modelo de Gestão Participativa e Compartilhada, redesenhando os espaços institucionais de discussão de políticas, de decisão e de consensos.

O Sistema de Gerência Colegiada aprovado teve por núcleo o conjunto de fóruns colegiados de gestão participativa, composto pelas seguintes instâncias: Conselho Deliberativo, Diretoria Executiva, Câmaras Técnico-Políticas, Conselho Consultivo, Conselho de Bioética e Conselhos de Gestão Participativa das Unidades Hospitalares do Inca.

A necessidade de adequar e aperfeiçoar os processos institucionais, frente ao desafio da implantação do novo modelo de gestão, determinou que o momento do planejamento anual desse início ao movimento de mudança cultural para minimizar possíveis resistências, utilizando-se as táticas sugeridas por Kotter (1979), de informação, comunicação e participação.

Sistema de Planejamento e Gestão (Sisplan)

A fim de obter um instrumento prático, a partir dos conceitos preconizados pelo modelo, foi desenvolvido um aplicativo informatizado, o

Sistema de Planejamento e Gestão do Inca (Sisplan), categorizando os programas de trabalho em atividades (o dia-a-dia, as rotinas) e projetos (modificação ou incorporação de tecnologia, processo ou atividade).

O Sisplan tem sido uma ferramenta importantíssima no modelo de gestão colegiada, fortalecendo a transparência e a participação dos funcionários da instituição, permitindo a atuação destes na elaboração das atividades e dos projetos, facilitando o acompanhamento dos objetivos e das metas pela *intranet* (ambiente de fácil acesso aos funcionários) e expondo para todo o Inca as prioridades institucionais. Este importante papel do Sistema de Planejamento e Gestão pode ser demonstrado por meio de suas premissas básicas, que são: fácil acessibilidade e manuseio; fluxo de aprovação iniciado pelos centros de custos; atividades e projetos relacionados às linhas de ação e estas relacionadas aos objetivos estratégicos; pactuação dos objetivos e das metas com os respectivos indicadores; transparência e acessibilidade das ações e da alocação dos recursos aos funcionários em todos os níveis; agilidade no processo de tomada de decisões.

Para ampliar a participação no planejamento, são estimulados fóruns de discussão, realizados a cada ciclo de planejamento (anual), nos quais se reúnem os funcionários de cada coordenação em momentos de reflexão sobre as prioridades, os objetivos, os resultados alcançados e a interface com outras áreas do Instituto.

O aplicativo obedece a um fluxo de ações pelo qual um projeto/atividade deve passar até sua aprovação final no âmbito do Conselho Deliberativo, seguindo uma hierarquia que tem início em cada centro de custo em particular, passando pelas chefias, pelas coordenações das unidades, sendo submetido para análise nas Câmaras Técnico-Políticas, organizadas por eixos temáticos, chegando até o Fórum Decisório do Conselho Deliberativo. Por último, os projetos aprovados ao final do processo passam a ser implementados pela Diretoria Executiva do órgão.

Conclusão

O Modelo de Gestão Participativa e Compartilhada segue o seu terceiro ano de implantação. Sua instauração representou uma profunda mudança na estrutura e na cultura organizacionais. Como toda inovação, particularmente as que alteram estruturas de hierarquia e de poder, o novo modelo enfrenta conflitos, resistências, contradições e dificuldades de compreensão e inserção no sistema. Contudo, isso é parte

do processo. A instituição deve estar preparada para responder a esses desafios, e o melhor preparo é a aprendizagem gerada na experiência. Tal aprendizado tem sido a base que tem pautado os avanços do Inca na vivência de sua gestão fundada no novo modelo. Apesar das dificuldades, são inegáveis as conquistas obtidas no transcorrer desse processo. É essa própria experiência que permite afirmar que a gestão participativa e compartilhada já se constitui numa realidade, na condução do Inca rumo aos seus objetivos e ao seu insubstituível papel estratégico institucional.

Para além dos limites do próprio Instituto, o modelo de gestão participativo e compartilhado pode servir como uma referência às demais instituições de saúde do SUS, no avanço para a construção de novos modelos de gestão que busquem, ao mesmo tempo, o aumento da eficiência dos recursos, da efetividade das ações e a ampliação dos espaços democráticos decisórios, capazes de permitir esse aumento, levando em conta as necessidades e os interesses de todos os atores envolvidos.

Referências

BAPTISTA, Myrian Veras. *Planejamento: introdução à metodologia do planejamento social*. 3. ed. São Paulo: Moraes, 1991.

CAMPOS, Rosana Onocko. Planejamento e razão instrumental: uma análise da produção teórica sobre planejamento estratégico em saúde, nos anos noventa, no Brasil. *Cad. Saúde Pública*, [S.l.], v. 16, n. 3, p. 723-731, 2000.

CECÍLIO, L. C. O. *Inventando a mudança na administração pública – reconstituição e análise de três experiências na saúde*. 1993. Tese (Doutorado)– Universidade de Campinas, Campinas, 1993. v. 1 e v. 2.

_____. Inventando a Mudança no Hospital: O Projeto “Em Defesa da Vida” Na Santa Casa do Pará. In: CECILIO, L. C. O. (Org.). *Inventando a Mudança na Saúde*. São Paulo: Hucitec, 1994.

_____. Mudar Modelos de Gestão Para Mudar o Hospital: Cadeia de Apostas e Engenharia de Consensos. *Revista Espaço para a Saúde*, [S.l.], n. 1, p. 4-26, 2002.

DUSSAULT, G. A Gestão dos Serviços Públicos de Saúde: Características e Exigências. *Revista de Administração Pública*, [S.l.], v. 26, n. 2, p. 8-19, 1992.

KATZ, D.; KANH, R. L. *Psicologia Social das Organizações*. São Paulo: Atlas, 1970.

- KNOBEL, E. et al. Qualidade e custos em Terapia Intensiva. *Revista da sociedade de Cardiologia*, São Paulo, v. 8, n. 3, p. 603-20, maio/jun. 1998.
- KOTTER, J. P.; SCHLESING, L. A. "Choosing Startegies for Change". *Harward Business Rewiew*, [S.l.], mar./abr. 1979.
- LIMA, J. C.; FAVERET, A. C.; GRABOIS, V. Planejamento Participativo em Organizações de Saúde: O caso do Hospital Geral de Bonsucesso, Rio de Janeiro, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 3, mar. 2006.
- RIVERA, F. J. U. *A Gestão Situacional (em Saúde) e a Organização Comunicante*. Rio de Janeiro: ENSP/Fiocruz, 1995.
- _____. *Agir Comunicativo e Planejamento Social (Uma Crítica ao Enfoque Estratégico)*. Rio de Janeiro: ENSP/Fiocruz, 1995.
- _____. Comunicação e Gestão Organizacional por Compromissos. *Revista de Administração Pública*, [S.l.], v. 29, n. 3, p. 211-230, 1995.
- _____. *Jürgen Habermas: Razão Comunicativa e Planejamento Social – Uma Crítica ao Enfoque Estratégico*. 1991. Tese (Doutorado)–Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 1991.
- RIVERA, F. J. U.; ARTMANN, E. Planejamento e Gestão em Saúde: Flexibilidade Metodológica e Agir Comunicativo. *Gestão do SUS: Problemas, Desafios e Avanços. Revista Ciência e Saúde Coletiva*, [S.l.], v. 4, n. 2, p. 355-366, 1999.
- ROBBINS, S. P. *Comportamento Organizacional*. 9. ed. São Paulo: Prentice Hall, 2002.
- TOGNON, I. V. *Uma Contribuição ao Estudo dos Custos Hospitalares com o Uso do Custeio Baseado em Atividades: Um Estudo de Caso do Setor de Pediatria do Hospital de Caridade de Carazinho*. 2000. Dissertação (Mestrado em Administração)–Curso de Pós-Graduação em Administração, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2000.

SANTA IZABEL RESSUSCITADA

Autor: Shigeru Ricardo Sekiya

Inaugurada em 23 de dezembro de 1931, a Colônia ou Casa de Saúde Santa Izabel está localizada no município de Betim (MG). Na época, foi considerada como modelo de leprosário, com grandes pavilhões onde os internos eram divididos por sexo e faixa etária.

Uma vez recolhidos, os pacientes perdiam sua identidade e o contato com o mundo existente fora dos limites da instituição. Assim como nas prisões, eram mantidos sob constante vigilância, os pavilhões eram coordenados por freiras e as regras de convivência eram muito rígidas, com punição para aqueles que acabavam por infringir tais regras.

O projeto Santa Izabel Ressuscitada (SIR), implantado na Casa de Saúde Santa Izabel (CSSI), a partir de junho de 2003, tem por objetivo principal a ‘reinserção social’ do hanseniano, dos seus filhos e netos, e tem como características: o “desmonte” do organograma verticalizado; a ênfase no trabalho de equipes organizadas em unidades de trabalho; a gestão colegiada com a participação de todos os setores; a ênfase na satisfação dos usuários (clientes internos e externos); a aposta no potencial humano dos trabalhadores e profissionais de saúde; a implantação de indicadores de qualidade (processo de avaliação do desempenho institucional), o estabelecimento de metas individuais e institucionais; o *feedback* rotineiro (e por meio de avaliação de desempenho anual para todos os funcionários) e a delegação de poder.

Aos poucos, a participação foi progredindo de uma visão limitada a pequenas atividades de grupo, para se adquirir uma perspectiva mais ampla de participação, das quais se destacaram:

- o planejamento participativo;
- a gestão colegiada;
- a capacitação permanente;
- os canais de comunicação, por intermédio da implementação do “Gestão à Vista”, da Notícia CSSI (a direção envia para todos os setores e para os *e-mails* pessoais de funcionários as novidades semanais) e da caixa de sugestões;
- a ouvidoria;
- o grupo de humanização; e
- a intersetorialidade: parcerias com a polícia militar e a polícia civil; a Fundação Artística Cultural de Betim (Funarbe), para oficinas e teatro; os Alcoólicos Anônimos (AA); o Movimento de Reintegração de Pessoas Atingidas pela Hanseníase (Morhan), para a reinserção social; e a Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais (PUC-MG), para projetos de pesquisa e participação na elaboração de projetos e promoção de ações para a melhoria da comunidade.

O projeto resultou em altos índices de satisfação com o envolvimento dos funcionários e usuários na gestão pela construção coletiva de estratégias, rotinas e ações da unidade hospitalar. As pesquisas com usuários e trabalhadores apresentam índices acima de 90%. Vários projetos foram concluídos: construção do centro de reabilitação, reforma do cine teatro, do almoxarifado e do pavilhão dos internos. A unidade foi condecorada com o Prêmio HumanizaSUS do município em 2005 e foi um dos 45 finalistas do Prêmio David Capistrano (2004).

Referências

- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Participativa. *ParticipaSUS: Política Nacional de Gestão Participativa para o SUS*. Brasília, 2004.
- CAMPOS, G. W. S. *Reforma da reforma: repensando a saúde*. São Paulo: Hucitec, 1992.
- FISCHER, T.; FLEURY, M. T. L. *Processo e Relações de Trabalho no Brasil*. São Paulo: Hucitec, 1992.

EXPERIÊNCIA DE GESTÃO PARTICIPATIVA DO DSEI/ FUNASA/MS, DOS MUNICÍPIOS E DO CONTROLE SOCIAL INDÍGENA NA APLICAÇÃO DOS RECURSOS DA SAS – INCENTIVO DE ATENÇÃO BÁSICA AOS POVOS INDÍGENAS DE DOURADOS (MS)

Autor: Antonio Fernandes Toninho Costa

Desde a criação do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena, pela Lei Federal nº 9.836, de 23 de setembro de 1999, que a transferência da responsabilidade da saúde indígena para a Fundação Nacional de Saúde (Funasa) vem se constituindo a cada momento um desafio quanto à forma de gestão do financiamento e ao controle dessas ações nas Coordenações Regionais e nos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (Dseis). O Subsistema de Atenção à Saúde Indígena conta hoje com 34 Dseis, 717 postos de saúde, 367 hospitais de referência, 323 pólos-base e 55 unidades da Casa de Saúde Indígena em todo Brasil. O Ministério da Saúde, por intermédio da Secretaria de Atenção à Saúde (SAS), criou um complemento a mais de financiamento dessas ações de atenção básica nos municípios no âmbito do Piso de Atenção Básica Variável, denominado de fator de Incentivo da Atenção Básica aos Povos Indígenas (Iapi). Tal incentivo é repassado pelo Fundo Nacional de Saúde (FNS) aos municípios contemplados, em contas do Fundo Municipal de Saúde, quando se trata do Incentivo de Atenção Básica, e aos hospitais quando se trata do Incentivo de Assistência Ambulatorial e de internações de pacientes indígenas. Embora o Iapi já vinha ocorrendo em vários estados do Brasil, somente no ano de 2005, com o advento da crise ocorrida no estado do Mato Grosso do Sul, com referência ao aumento da mortalidade in-

fantil, que essa forma de recurso financeiro foi introduzida onde os pólos-base estão jurisdicionados. Este trabalho objetiva mostrar o que foi realizado de junho de 2005 até a presente data nos municípios contemplados com esses incentivos, contando ainda com a participação direta do controle social local e do Conselho Distrital de Saúde, dos Dsei e dos municípios. Realização que contou com inovações na forma de aplicação e monitoramento de recursos, o melhor aproveitamento destes e a criação de um modelo de gestão capaz de subsidiar de forma mais dinâmica os recursos repassados mês a mês às prefeituras. Modelo que propiciou a criação de vínculos de parcerias e pactuações de forma otimizada, aumentando assim a resolutividade operacional e a participação do controle social na contratação de recursos humanos pelas prefeituras. De igual forma, proporcionou a melhoria da atenção hospitalar de cada município onde o pólo-base está localizado. Atualmente, esses incentivos são investidos mensalmente no estado do Mato Grosso do Sul por intermédio da Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde: cerca de 700 mil reais no Incentivo de Atenção Básica aos Povos Indígenas e 340 mil no Incentivo Hospitalar.

O controle social indígena tem toda especificidade em comparação com o conselho de saúde dos brancos. Porém, segue os mesmos preceitos da Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. O controle social é exercido pelo conselho local em cada aldeia, que acompanha todo o trabalho realizado pelas equipes multidisciplinares de saúde indígena.

No ano de 2007, tal experiência exitosa de pactuação alavancou, junto ao Departamento de Saúde Indígena da Funasa, em Brasília, a concretização da Regulamentação dos Incentivos de Atenção Básica e Especializada aos Povos Indígenas, com a publicação da Portaria nº 2.656, de 17 de outubro de 2007, pelo Ministro da Saúde, José Gomes Temporão.

Referências

ARRETECH, M. Financiamento federal e gestão local de políticas sociais: o difícil equilíbrio entre regulação, responsabilidade e autonomia. *Ciência e Saúde Coletiva*, [S.l.], v. 8, n. 2, p. 331-345, 2003.

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Lei Orgânica da Saúde. *Diário Oficial da União*, Poder Executivo, Brasília, DF, 20 set. 1990.

_____. 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. *Diário Oficial da União*, Poder Executivo, Brasília, DF, 31 dez. 1990.

_____. Ministério da Saúde; Fundação Nacional de Saúde. *Sistema de Informações da Atenção à Saúde Indígena: 2005-2006*. Brasília, [2006?]. Acesso restrito aos Distritos Sanitários Especiais Indígenas.

_____. Ministério da Saúde. Portaria n.º 21, de 31 de maio de 2005. Qualifica os municípios para receberem os incentivos de atenção aos povos indígenas. *Diário Oficial da União*, Poder Executivo, Brasília, DF, 1º jun. 2005. Seção 1.

_____. Ministério da Saúde. Portaria n.º 47, de 23 de junho de 2006. Qualifica os municípios e reajusta os valores dos municípios para receberem os incentivos de atenção aos povos indígenas. *Diário Oficial da União*, Poder Executivo, Brasília, DF, 26 jun. 2006. Edição 120, Seção 1.

_____. Ministério da Saúde. Portaria n.º 70, de 20 de janeiro de 2004. Aprova as diretrizes da gestão da saúde indígena. *Diário Oficial da União*, Poder Executivo, Brasília, DF, 22 jan. 2004.

_____. Ministério da Saúde. Portaria n.º 254, de 31 de janeiro de 2002. Aprova a Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas. *Diário Oficial da União*, Poder Executivo, Brasília, DF, 6 fev. 2002.

_____. Ministério da Saúde. Portaria n.º 399, de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as diretrizes operacionais do referido pacto. *Diário Oficial da União*, Poder Executivo, Brasília, DF, 23 fev. 2006.

_____. Ministério da Saúde. Portaria n.º 1.163, de 14 de setembro de 1999. Determina que a execução das ações de atenção à saúde dos povos indígenas dar-se-á por intermédio da Funasa, em estreita articulação com a Secretaria de Assistência à Saúde/SAS, em conformidade com as políticas e diretrizes definidas para atenção a saúde dos povos indígenas. *Diário Oficial da União*, Poder Executivo, Brasília, DF, 15 set. 1999.

_____. Ministério da Saúde. Portaria n.º 3.925, de 13 de novembro de 1998. Aprova o Manual para Organização da Atenção Básica no Sistema Único de Saúde. *Diário Oficial da União*, Poder Executivo, Brasília, DF, 17 nov. 1998. Republicada em 2 fev. 1999.

MARQUES, R. M.; MENDES, A. N. A política de incentivos do Ministério da saúde para a atenção básica: um ameaça à autonomia dos gestores municipais e ao princípio da integralidade? *Caderno de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 18, p.163-171, 2002. Suplemento.

MATO GROSSO DO SUL. Coordenação Técnica de Saúde. *Distrito Sanitário Especial Indígena: 2005-2006*. Mato Grosso do Sul, [2006?].

MENDES, A. N.; MARQUES, R. M. *O papel e as conseqüências dos incentivos como estratégias de financiamento das ações de saúde*. [S.l.: s.n., 200-?].

REVISTA FUNASA 15 ANOS. [Brasília]: Funasa, [2006?].

YAMANOTO, R. M. (Org.). *Manual de atenção á saúde da criança indígena brasileira*. Brasília: Funasa, 2004.

O PAPEL DO CONTROLE SOCIAL COMO COADJUVANTE NA GESTÃO DEMOCRÁTICA PARTICIPATIVA DOS CENTROS DE REFERÊNCIA EM SAÚDE DO TRABALHADOR DA RENAST: A EXPERIÊNCIA DO CEST DE RECIFE

Autor: José Carlos de Almeida Júnior

O presente artigo tem a finalidade de relatar o êxito de uma experiência de gestão democrática participativa, com a participação do controle social, ocorrida no Centro Especializado em Saúde do Trabalhador (Cest) do Recife, no Sistema Único de Saúde. O objetivo principal da experiência era ampliar a participação popular além das instâncias institucionalizadas, criando e ampliando espaços democráticos e fortalecendo os já existentes, aumentando o efetivo número de participantes nas diversas instâncias do controle social. O Recife é uma cidade de aproximadamente 1.500.000 habitantes, subdividida em 6 Regiões Político-Administrativas (RPA), que abrigam 94 bairros. Conhecida por suas históricas lutas libertárias, associadas ao seu tradicional poder de organização, de reivindicação e de negociação, a cidade – apesar da sua relevância no contexto regional e nacional, sendo pólo socioeconômico da Região Nordeste – não possuía no âmbito da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) uma proposta de Política de Atenção Integral à Saúde dos Trabalhadores, não produzia informações que estabelecessem o diagnóstico de morbimortalidade da população trabalhadora e nem mantinha articulações nem diálogos com as diversas instituições públicas e privadas que trabalham com a temática. Para romper com esse quadro

foi criada, em 2001, a Diretoria Executiva de Atenção à Saúde do Trabalhador. No ano seguinte, em 2002, foi inaugurado o Centro Especializado, com a missão de promover ações direcionadas ao atendimento integral aos trabalhadores vítimas de doenças relacionadas ao trabalho, inclusive a reabilitação física e mental; promover vigilância dos ambientes de trabalho; realizar práticas educativas e de promoção à saúde dos trabalhadores, entre outras. Para administrá-lo, optou-se por um modelo de gestão democrática participativa, com o intuito de propiciar aos diversos atores envolvidos com a Política de Atenção à Saúde do Trabalhador possibilidades de participarem do planejamento, do acompanhamento e da execução das ações pensadas para essa área. Como a forma de conselho é a forma, reconhecida por lei, de se efetivar o controle social por intermédio de representantes de entidades e organizações da sociedade em paridade, isto é, em igual número, com representantes do governo, procurou-se ampliar esses mecanismos de participação já existentes, como o Conselho Municipal de Saúde e os Conselhos Distritais, criando-se um Grupo Gestor da Unidade, um Conselho Gestor da Unidade e a Comissão Intersetorial de Saúde do Trabalhador (Cist). Além disso, foram realizados três seminários sobre saúde do trabalhador e a 1ª Conferência Municipal de Saúde do Trabalhador, o que possibilitou a participação de usuários, trabalhadores e gestores nas conferências estaduais e na nacional. Além de alguns resultados já citados, a gestão democrática participativa e o controle social puderam propiciar resultados específicos surpreendentes, entre os quais podemos destacar os seguintes: a formulação de uma Política Municipal de Atenção à Saúde do Trabalhador; a notificação dos agravos; a realização de dois cursos sobre vigilância em saúde do trabalhador; a implementação da Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (Renast); a realização de mais de 14.000 atendimentos, com hora marcada; e a realização do Seminário Latino-Americano sobre Assédio Moral e Saúde Mental no Trabalho. A experiência nos leva a concluir que o papel da sociedade não pode mais ficar circunscrito às denúncias e às reivindicações. A vigilância social sobre a política e sobre o uso dos recursos públicos exige, nesta nova gestão, que a sociedade conheça e aperfeiçoe a noção de participação e de cidade saudável. E mostra que é possível, com a aplicação de um estilo participativo e democrático de gerir a coisa pública, encontrar soluções originais para os problemas mais urgentes em um contexto de recursos escassos. Conseguiu-se alcançar substancial melhoria na prestação dos serviços e criar um clima de confiança, autodisciplina e

responsabilidade, que resultaram em um ambiente de qualidade no local de trabalho. Foram percebidos um aumento na motivação e na coesão grupal, a conscientização dos integrantes da equipe, o despertar da alegria, maior interesse e boa vontade no desempenho das diversas tarefas. Notou-se, principalmente, a diferença em gerenciar *com* as pessoas e não *as* pessoas. Percebeu-se, também, que o espírito crítico, quando adequadamente aproveitado e canalizado, pode contribuir para o crescimento de todos. A participação e o controle social não se traduzem necessariamente em vantagens materiais, mas preenchem a necessidade de reconhecimento, própria da psicologia humana.

Referências

- BRASIL. Senado Federal. *Constituição da República Federativa do Brasil*: atualizada até 10.03.2006. São Paulo: Editora Revista dos Tribunais, 1988.
- _____. Lei n.º 8.080, de 19 de setembro de 1990. Lei Orgânica da Saúde. *Diário Oficial da União*, Poder Executivo, Brasília, DF, 20 set. 1990.
- _____. Ministério da Saúde. Portaria n.º 95, de 26 de janeiro de 2001. Aprova a Norma Operacional Básica de Saúde – NOAS-SUS 01/2001. *Diário Oficial da União*, Poder Executivo, Brasília, DF, 29 jan. 2001.
- _____. Ministério da Saúde. Portaria n.º 1.399, de 15 de dezembro de 1999. Regulamenta a NOB SUS 01/96 no que se refere às competências da União, Estados, Municípios e Distrito Federal, na área de epidemiologia e controle de doenças, define a sistemática de financiamento e das outras providências. *Diário Oficial da União*, Poder Executivo, Brasília, DF, 16 dez. 2001.
- _____. Ministério da Saúde. Portaria n.º 1.882, de 18 de dezembro de 1997. Estabelece o piso da Atenção Básica – PAB e sua composição. *Diário Oficial da União*, Poder Executivo, Brasília, DF, 22 dez. 1997.
- _____. Ministério da Saúde. Portaria n.º 2.203, de 5 de novembro de 1996. Aprova a Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde – SUS (NOB 01/96). *Diário Oficial da União*, Poder Executivo, Brasília, DF, 6 nov. 1996.
- DALLARI, Dalmo. *O que é participação política?* São Paulo: Brasiliense, 1984.
- DOIMO, Ana Maria. “A Participação Popular e a Indignação das Elites”. *Comunicações do ISER*, [S.l.], n. 38, 1990.
- GOHN, Maria da Glória. *Conselhos Gestores e Participação Sociopolítica*. São Paulo: Cortez, 2001. 120 p.
- _____. *Participação popular e Estado*. 1983. Tese (Doutorado)–Universidade de São Paulo, São Paulo, 1983.

_____. Conselhos Populares e participação popular. *Serviço Social & Sociedade*, São Paulo, v. 9, n. 26, p. 25-47, 1990.

_____. *Teoria dos Movimentos Sociais*. São Paulo: Loyola, 1997.

PATEMAN, Carole. *Participação e Teoria Democrática*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1992.

WEFFORT, Francisco. “Novas Democracias. Que Democracias?” *Lua Nova*, [S.l.], n. 27, 1992.

ENFRENTANDO O DESÂNIMO E O DESCRÉDITO: A PARTICIPAÇÃO DOS TRABALHADORES DA SAÚDE NA GESTÃO DO SUS EM VÁRZEA PAULISTA

Autor: Maria do Carmo Cabral Carpintéro

Co-autores: Luís Fernando Nogueira Tofani

Carolina Vitti Domingues

Eleni Aparecida Marques Guatura

Este trabalho é o relato da experiência de gestão da equipe que assumiu a administração do município em 2005, sob coordenação de uma médica sanitarista. Conta a estratégia escolhida para o envolvimento dos trabalhadores da rede municipal na referida administração e aponta alguns resultados após 2 anos de trabalho. Apresentamos, a seguir, algumas características da localidade.

- Várzea Paulista é um município com 107.000 habitantes, localizado entre Campinas e São Paulo e extremamente ligado a Jundiaí, cidade a que pertencia como bairro de periferia até há 42 anos.
- A rede de saúde do município apresenta instalações prediais em situação regular, em sua grande maioria construídas numa lógica de “postinhos” com prédios pequenos, poucas salas e voltadas para o atendimento exclusivamente agendado e de baixa complexidade, com trabalho num modelo médico centrado e muito pouco resolutivo.
- Os equipamentos estavam em condições precárias, com estoques de materiais e medicamentos praticamente zerados.
- Alguns prédios inaugurados ao final da gestão anterior estavam desocupados, sem móveis, equipamentos ou funcionários, com irregularidades arquitetônicas e em desacordo com a legislação

sanitária, como o pronto-socorro municipal e a Casa de Parto.

- A estrutura gerencial era inexistente, não havendo cargos remunerados nos serviços. O organograma existente resumia-se ao secretário e três diretores.
- A arrecadação e o orçamento municipal eram muito baixos, sendo que o valor *per capita* aplicado em saúde em 2005 era o mais baixo da região, próximo a R\$ 7,00/habitante/mês.
- Percebeu-se grande apatia por parte dos trabalhadores, que não atendiam às convocações para reuniões e, se presentes, pouco participavam.
- Notou-se também total desconhecimento dos SUS por parte dos trabalhadores, não havendo nem mesmo a logomarca nos documentos, nos uniformes, nas placas e nos impressos da rede de saúde.
- Constatou-se que os salários estavam bem abaixo da média da região, gerando descumprimento de horário, descompromisso e pouca satisfação com o trabalho.
- Comprovou-se a inexistência de cultura e de participação por parte dos trabalhadores, bem como a falta de hábito de refletir sobre a realidade e sobre o processo de trabalho, não existindo fóruns ou reuniões periódicas das equipes e da totalidade dos serviços.

Objetivos

- Implantar um processo de participação dos trabalhadores da SMS de Várzea Paulista.
- Ampliar, entre eles, o conhecimento sobre o SUS.
- Incluí-los nos processos de planejamento e gestão.
- Discutir os principais problemas do SUS em Várzea Paulista.
- Construir saídas e fazer propostas com responsabilidades compartilhadas na busca da co-gestão.
- Trabalhar de forma conjunta os encaminhamentos para a resolução dos problemas de saúde mais importantes no município.
- Criar espaços formais de participação.
- Desenvolver processos de educação permanente.

Relato da experiência – estratégias escolhidas:

a) Educação Permanente

- “Construindo a Integralidade do SUS em Várzea Paulista” – Projeto

apresentado e aprovado no Pólo de Educação Permanente do Leste Paulista, mediante parceria com o Instituto de Psicodrama de Campinas, que envolveu quase 90% dos funcionários.

- Outras capacitações – Cerca de 13 diferentes capacitações e cerca de 20 pessoas por turma e temas diversos.
 - Treinamentos específicos com 4 horas de duração cada: coleta de exames laboratoriais, coleta de citopatologia oncológica, higiene e desinfecção, atualização em colposcopia, sistema de informação, planejamento familiar, fitoterapia, etc.
- b) **Gestão Participativa** – Foram criados o Colegiado Gestor, o Colegiado Ampliado, reuniões mensais em todos os serviços, fórum de gerentes, fórum de representantes e o Conselho Local de Saúde.
- c) **Territorialização** – Desenvolvido por intermédio de três oficinas para construção do território de responsabilidade de cada UBS com a participação dos trabalhadores e gestores de toda a rede. Durante o Projeto de Educação Permanente “Construindo a Integralidade no SUS de Várzea Paulista”, abordou-se a territorialização como um dos temas no eixo dos trabalhadores e no eixo dos gestores, seu conceito, a definição dos limites e a apropriação do território pela equipe local.

Planejamento estratégico e descentralizado

O planejamento inicial, feito exclusivamente com a participação do Colegiado Gestor, foi se ampliando, tomando novas dimensões à medida que o processo avançava, culminando num processo virtuoso de diagnóstico, planejamento e gestão situacionais que, além de otimizar a administração pública municipal da saúde, tem sido um verdadeiro processo de educação permanente para gestores, trabalhadores e usuários do SUS em Várzea Paulista.

Resultados

1. Profissionais envolvidos nas capacitações – quase a totalidade dos funcionários.
2. Aumento do número de profissionais – maior interesse e procura do concurso público. Alguns profissionais médicos que haviam pedido demissão no início da gestão retornam no concurso realizado em 2006.

3. Maior envolvimento nas ações de cada serviço, com saídas mais criativas para problemas da população e dos serviços.
4. Ampliação do conhecimento sobre a história do SUS e sua organização.
5. Aumento da resolutividade, do vínculo e da responsabilização dos trabalhadores com usuários sob cuidado.
6. Incremento do interesse por participação em cursos, congressos e eventos fora do município. Exemplo disso foi a participação dos trabalhadores nos cursos dos Congressos de Secretários Municipais de Saúde do Estado de São Paulo, organizados pelo Cosems/SP, respectivamente, em Campos do Jordão (2005), Praia Grande (2006) e Araraquara (2007).
7. Maior participação nos fóruns formais consultivos e deliberativos criados pela SMS.
8. Planejamento descentralizado de 2007. Início: outubro de 2006. Término: janeiro de 2007. Todos os serviços e setores avaliaram o ano de 2006 e planejaram 2007 a partir de um roteiro único, tendo por base o Plano Municipal de Saúde e o Pacto pela Saúde, usando a metodologia do Planejamento Estratégico.
9. Relatório de Gestão 2005 – 77,59% das ações concluídas – e 2006 – 60% das ações concluídas.
10. Oficina de acolhimento – o produto foi um documento-protocolo para a rede.
11. Assinatura do Pacto pela Saúde – segunda cidade do estado a assinar o Termo de Compromisso de Gestão Municipal.
12. Projetos de intervenção no território e nas realidades de saúde, produzidos no processo de formação “Construindo a Integralidade no SUS de Várzea Paulista”.

Conclusões

O enfrentamento do descrédito e do desânimo acontece quando o gestor reconhece o trabalhador como sujeito efetivo do processo de construção do SUS. Os momentos de capacitação e os espaços formais de participação são privilegiados para criar, nos funcionários novos, o interesse pelo SUS e reencontrar, nos funcionários antigos, motivações

e esperanças na consolidação de um sistema de saúde acolhedor, solidário e mais resolutivo.

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n.º 3.085, de 1 de dezembro de 2006. Regulamenta o sistema de planejamento do SUS. *Diário Oficial da União*, Poder Executivo, Brasília, DF, 4 dez. 2006.

CECÍLIO, Luiz C. O.; GIACOMINI, Carlos H.; ROGUSKI, Miguel O. A *imanência do planejamento e da gestão: a experiência da prefeitura municipal de Curitiba*. Brasília: ENAP, 1999.

VÁRZEA PAULISTA (cidade). Secretaria de Saúde. *Plano de Saúde Resumido para 2005*. Várzea Paulista, 2005.

_____. Secretaria de Saúde. *Plano Municipal de Saúde 2006-2008*. Várzea Paulista, 2006.

_____. Secretaria de Saúde. *Programação Anual para 2007*. Várzea Paulista, 2007.

_____. Secretaria de Saúde. *Proposta para o SUS de Várzea Paulista*. Várzea Paulista, 2005.

_____. Secretaria de Saúde. *Relatório de Gestão 2005*. Várzea Paulista, 2006.

_____. Secretaria de Saúde. *Relatório de Gestão 2006*. Várzea Paulista, 2007.

PACTO DA REDUÇÃO DO ÓBITO INFANTIL NO MUNICÍPIO DE PIRACICABA (SP): A GESTÃO PARTICIPATIVA POR INTERMÉDIO DA INTERSETORIALIDADE E DA MOBILIZAÇÃO SOCIAL

Autora: Anna Cristina Vianna Corrêa Lindo

Co-autores: Cecília Aparecida Vaz

Ermelinda de Fátima Vicentin Esteves

Márcia Cristina Duarte Novaes Teixeira

Sandra Maria Cunha Vidal e Silva

Rogério Tuon

Guilbert Ernesto Nobre

Vera Furlan

Fernando Cárdenas

Ivonete Oharomari

A mortalidade infantil é um sinal de alerta de possíveis falhas na qualidade da atenção no pré-natal e no atendimento à criança. Na série histórica da mortalidade infantil no Brasil, verifica-se sua grande redução nos últimos 20 anos, passando de 82,8 óbitos/1000 nascidos vivos em 1980 para 29,6/1000 nascidos vivos em 2000 (fonte: IBGE). Tal redução foi muito expressiva no componente pós-neonatal (28 a 364 dias de vida), cujos óbitos são decorrentes de doenças infecciosas, passíveis de intervenção mediante saneamento básico adequado, entre outras medidas de saúde pública. Assim como no estado de São Paulo, em Piracicaba ocorreu essa queda no coeficiente nas últimas décadas, apresentando nos últimos anos maior concentração de óbitos no componente neonatal (0 a 27 dias de vida). É grande o número de óbitos de menores de 1 ano de idade considerados evitáveis, ocorridos por causas sensíveis à ação oportuna dos serviços de saúde durante o pré-natal e no atendimento à criança. Tal classificação, elaborada por técnicos da Secretaria

Estadual de Saúde e da Fundação Seade, forneceu uma visualização da situação, sugerindo uma ou algumas “*oportunidades perdidas*” de intervenção, geralmente em ações de baixo custo e de menor complexidade.

A idéia do Pacto de Redução do Óbito Infantil entre gestor, equipes de saúde e entidades civis vem do modelo de Pacto da Atenção Básica, no qual um conjunto de metas e estratégias de atendimento são pactuados. Junto às metas foram elaborados instrumentos de monitoramento e avaliação das ações, mediante supervisão programada e um elenco de indicadores para o acompanhamento. O pacto exigiu funções descentralizadas, participativas e integradas, criando um novo paradigma de gestão e atendendo aos princípios e às diretrizes do SUS.

Com base em estudo epidemiológico realizado, foram definidos critérios para identificar as situações de risco para o óbito ocorrido no período neonatal e no período pós-neonatal. Esses critérios foram agrupados em médio e alto risco, de acordo com a menor ou a maior contribuição para a ocorrência do óbito.

Foram desenvolvidas novas estratégias, que diferenciaram o atendimento à gestante e às crianças menores de 1 ano, classificadas como médio e alto risco, trazendo um olhar diferenciado e inovador no atendimento às gestantes e às crianças. Para essas situações identificadas, foi realizada uma vigilância constante e estratégica, com o objetivo de não se perder oportunidades de intervenção e mudar a possível evolução de morbimortalidade nesses casos. As atividades propostas incluíram modificações nos atendimentos dos casos classificados como de médio e alto risco, que eram: (a) consultas médicas e consultas de enfermagem com diminuição dos intervalos entre as consultas tanto de pré-natal quanto pediátricas; (b) visitas domiciliares realizadas por profissionais das unidades e agentes das parcerias envolvidas; e (c) formação de microrredes em diferentes regiões do município com o objetivo específico de vigilância dos casos com potencial detectado para a ocorrência de óbitos. Num período de 6 anos, partimos do ano 2000 com 70 óbitos em menores de 1 ano, mantendo um aumento gradativo a cada ano e atingindo o maior número de eventos em 2004, com 77 óbitos de pacientes de residentes ocorridos em Piracicaba. Em 2005 e 2006, ocorreram 57 e 46 óbitos de pacientes de residentes.

A experiência obtida no desenvolvimento das atividades do pacto, firmado com diversos atores governamentais e da sociedade civil organizada, consolidou os conceitos de intersetorialidade e mobilização social na gestão participativa. As dificuldades estruturais encontradas foram

supridas, dentro das possibilidades encontradas, devido ao grande envolvimento ocorrido entre gestor, profissionais da saúde e parceiros do pacto. A prática vivenciada nas várias reuniões efetuadas, seja em treinamentos dos profissionais e parceiros, seja na mobilização das comunidades, constituiu o real impacto na forma de gestão e atingiu de forma positiva a qualidade da assistência oferecida pelos serviços. A elaboração da padronização das atividades e o monitoramento sistemático mobilizaram um contingente de profissionais que trabalhava num formato disperso e sem avaliação para referenciar a resolutividade das ações realizadas. A experiência, considerada exitosa para a série histórica da mortalidade infantil em Piracicaba, possibilitou um avanço estrutural, transformando a experiência do pacto numa coordenação física, com a formação de uma equipe de apoio multiprofissional e intersetorial, para atuação nas atividades que demandam mais articulação e complexidade nas intervenções.

A experiência do pacto valorizou a participação dos profissionais e das comunidades, aumentando a qualidade das decisões, a satisfação e a motivação dos atores envolvidos, trazendo de volta um paradigma milenar: “*Nenhuma criança deve morrer criança.*” (Is., 65,20).

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenação Materno Infantil. *A monitorização da saúde da criança em situação de risco e o Município*. Brasília, 1996.

_____. Ministério da Saúde. *Fundamentos técnico-científicos e orientações práticas para o Acompanhamento do Crescimento e Desenvolvimento*. Brasília, 2001.

COSTA, M. C. N. et al. Mortalidade infantil e condições de vida: a reprodução das desigualdades sociais em saúde na década de 90. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 3, 2001.

INSTITUTO DE PESQUISAS E PLANEJAMENTO DE PIRACICABA (IPPLAP). *A Cidade*. Piracicaba, 2006. Disponível em: <<http://www.ipplap.com.br>>.

OLIVEIRA, H. et al. A auto-organização da vida como pressuposto para a compreensão da morte infantil. *Ciência e Saúde Coletiva*, São Paulo, v. 6, n. 1, 2001.

PIRACICABA. Secretaria Municipal de Saúde. *Informe Trimestral*. Relatórios Trimestrais e Anuais. Banco de dados Vigilância Epidemiológica 2001-2004. Piracicaba, [2004?].

_____. Secretaria Municipal de Saúde. *Investigação de óbitos em menores de 1 ano*. Relatórios Anuais. Banco de dados Vigilância Epidemiológica 2001-2003. Piracicaba, [2003?].

SCHRAMM, J. M. A. et al. Diferenciais nas taxas de mortalidade neonatal e natimortalidade hospitalares no Brasil: um estudo com base no Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde (SIH/SUS). *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 16, n. 4, 2000.

SHIMAKURA, S. E. et al. Distribuição especial do risco: modelagem da mortalidade infantil em Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 5, 2001.

A VIVÊNCIA DE UM CONSELHO GESTOR DE UNIDADE: RELATO DE EXPERIÊNCIA ACERCA DA GESTÃO PARTICIPATIVA EM NÍVEL LOCAL DE ATENÇÃO À SAÚDE

Autor: Alan Carlos da Silva

Resumo

Este artigo trata do relato da experiência de um enfermeiro que atua no Programa Saúde da Família (PSF) no que diz respeito aos avanços alcançados no bairro em que atua, mediante a gestão participativa, configurada no conselho gestor de unidade (CGU). O presente trabalho tem por objetivos abordar a produção científica referente a essa inovação, apresentar a importância dessa prática para a saúde coletiva e divulgar a necessidade de profissionais de saúde comprometidos com a mobilização social. O contexto deste relato é a dinâmica de funcionamento do CGU do PSF Cacaria, localizado no município de Pirai, estado do Rio de Janeiro, no período de março de 2005 a maio de 2006. Com este relato certificamos que a prática do conselho gestor de unidade é viável e muito importante no processo de emancipação, mobilização e corresponsabilização social na qualidade de vida de uma comunidade, o que traz resultados benéficos no relacionamento entre os atores sociais, rumo à melhoria dos determinantes de saúde população, bem como das condições de trabalho da equipe de saúde e, conseqüentemente, melhoria na qualidade dos serviços prestados à comunidade.

Palavras-chave: *conselho gestor de unidade; gestão participativa; controle social.*

Considerações iniciais

Temos como ponto de partida a promulgação da Lei nº 8.142, que dispõe sobre a participação popular, regulamentando a representação dos usuários dos serviços de saúde junto à gestão do SUS. Grandes são as inovações a partir da introdução dessa lei, já que agora a sociedade civil organizada pode criticar, exigir e sugerir as melhorias que deseja dos serviços de saúde (nas conferências), bem como definir prioridades e fiscalizar a aplicação do que ficou determinado nas conferências e do que está determinado em lei (pelos conselhos). E melhor ainda: esses espaços podem ser ocupados nas três esferas do governo.

A dinâmica propiciada pelo trabalho no Programa Agentes Comunitários de Saúde (Pacs) e no Programa Saúde da Família (PSF) favorece a aproximação entre a equipe de saúde e a comunidade, podendo representar mecanismos facilitadores na efetivação do controle social, pela troca de experiências, ficando a cargo da primeira sensibilizar a segunda quanto à importância da mobilização social e estimular a participação da comunidade nos seus espaços.

Considerando que o controle social representa um salto importante rumo à qualidade nos serviços de saúde, pelo impacto de suas ações, já que busca o que a população tanto almeja, isso quando seus representantes trabalham com seriedade, resolvemos descrever esta experiência de gestão participativa, que se dá a partir da vontade política e da estimulação do gestor, além do seu compromisso com o bem público.

Objetivo

Este relato de experiência objetiva descrever os limites e as potencialidades da participação popular com foco no conselho gestor de unidade (CGU) como prática de gestão participativa na esfera municipal, junto às unidades básicas de saúde, tendo-se como referência do relato a visão do profissional de saúde, aqui representado no enfermeiro.

Apresentação da experiência

Os CGU fazem parte das instâncias locais, em cada área adscrita de uma equipe de saúde da família, tendo-se a principal finalidade de se conhecer, avaliar e discutir as condições de vida da comunidade e o processo de trabalho da unidade de saúde, bem como propor estratégias de ações para a equipe que venham ao encontro das necessidades apontadas.

As idéias principais do CGU são trocar experiências entre a equipe e a comunidade, tentando-se discutir seus anseios e encontrar respostas satisfatórias a ambas. De igual forma, busca maior entendimento e cooperação entre esses atores, favorecendo maior impacto no que diz respeito às condutas da equipe de saúde, bem como à vinculação da comunidade às mesmas condutas.

Dessa forma, as discussões foram tomando, a cada reunião, um cunho mais político e crítico quanto a vários problemas sérios da comunidade que não eram percebidos, como a questão da água, a falta de saneamento básico, as casas em péssimas condições estruturais, o desemprego, etc. Foi desenvolvido um pôster (*O Conselheiro*), que oferece informações acerca do controle social, do conceito, das funções e das conquistas do CGU, da sua composição atual, do quadro de funcionários da unidade de saúde e, acima de tudo, faz o chamado para a comunidade participar da melhoria da qualidade de vida do bairro.

Conclusões

A experiência apresenta a importância da gestão participativa na resolução dos problemas da comunidade, em seu âmbito local, possibilitando um impacto maior e mais adequado naquela população sobre as ações realizadas pela Secretaria de Saúde.

Muitos são os limites, entretanto focamos nossa atenção nas possibilidades democráticas, inovadoras e transformadoras da realidade indesejada, viabilizadas pelo CGU, entendendo que este instrumento pode facilitar a mobilização da comunidade em prol da sua qualidade de vida.

No que diz respeito aos funcionários da unidade, incita a sua organização para a busca dos direitos trabalhistas e de melhores condições de trabalho, tendo o apoio da comunidade representada no CGU.

Quanto à gerência, viabiliza a melhoria dos serviços oferecidos à comunidade, já que, por intermédio do CGU, os seus encaminhamentos têm maior força junto às secretarias da prefeitura, assim como a comunidade participa do processo de trabalho da unidade e, dessa forma, as suas ações são adaptadas de maneira mais adequada às necessidades da população.

Enfim, a prática do CGU viabiliza maior aproximação da comunidade à equipe de saúde e, conseqüentemente, possibilita a verbalização dos seus problemas, seja por meio dos representantes dos usuários, seja via unidade de saúde.

As potencialidades viabilizadas pela prática no CGU sobrepujam os limites evidenciados e, nesse sentido, urge a necessidade de profissionais comprometidos com a mobilização social, entendendo-a como grande alavanca para a melhoria das condições de vida da comunidade e considerando-a como grande instrumento para solidificação dos preceitos e das diretrizes do SUS de que tanto necessitamos.

Referências

- CARVALHO, Guido Ivan; SANTOS, Lenir. *Sistema Único de Saúde: Comentários à Lei Orgânica de Saúde (Lei 8.080/90 e Lei 8.142/90)*. 2. ed. atual. ampl. São Paulo: Hucitec, 1995.
- CRACO, Priscila Frederico; ALMEIDA, Maria Cecília Puntel de. A participação popular nas comissões locais de saúde: mostrando vidas, contando lutas. *Rev. Bras. Enferm.*, Brasília, v. 57, n. 2, p. 188-192, mar./abr. 2004.
- FIGUEIREDO, Jorge Eduardo St. Aubyn de. *Comunidade Cívica, Capital Social e Conselhos de Saúde no Estado do Rio de Janeiro*. 2001. 122 f. Dissertação (Mestrado em Ciências na área de Saúde Pública)–Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2001.
- OLIVEIRA, C. B. de (Org.). *Constituição da República Federativa do Brasil: Atualizada até a EC 38 de Junho de 2002*. Rio de Janeiro: Roma Victor, 2002.
- PIRAÍ. Resolução n.º 5, 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.
- PIRES, Maria Raquel Gomes Maia. *Enfermeiro com Qualidade Formal e Política: em busca de um novo perfil*. 2001. 196 f. Dissertação (Mestrado em Política Social)–Departamento de Serviço Social, Universidade de Brasília, Brasília, 2001.
- SILVA, Alan Carlos da. *A atuação do enfermeiro no Programa de Saúde da Família numa perspectiva de educação para o exercício da cidadania*. 2004. 67 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Enfermagem)–Universidade Federal Fluminense, Rio de Janeiro, 2004.
- VOLTA REDONDA. Conselho Municipal de Saúde. *Conselho Gestor*. 2. ed. Rio de Janeiro, 1998.

COMPARTILHADO E FEITO POR NÓS: UMA EXPERIÊNCIA DE GESTÃO PARTICIPATIVA EM SAÚDE DA FAMÍLIA NO COMPLEXO DO ALEMÃO (RIO DE JANEIRO): COMITÊ GESTOR DO MORRO DO ALEMÃO: “ACREDITANDO DÁ CERTO”

Autora: Márcia Antônia de Simas Pinheiro

Co-autores: Adriano Rocha de Santana

Ione dos Santos Fernandes

Shirleide Silva dos Santos

Wagner José Silva de Souza

Resumo

A gestão participativa é uma nova forma de gestão pública, sobretudo na saúde. Por gestão participativa compreendemos a valorização dos diferentes saberes presentes no território envolvido no processo de produção de saúde, construindo de forma compartilhada, entre profissionais de saúde e usuários, a co-responsabilidade para o fortalecimento das ações (BRASIL, 2006). Diante da necessidade de se ampliar o diálogo entre os diferentes sujeitos, para que possam ocorrer novas negociações, foi criado o *Comitê Gestor da Comunidade do Morro do Alemão*.

O Morro do Alemão é uma das comunidades que compõem o Complexo do Alemão, localizado na zona norte da cidade do Rio de Janeiro. Ocupa o 159º lugar do *ranking* relativo ao índice de desenvolvimento humano (IDH), o que representa o terceiro pior nível de qualidade de vida no município do Rio de Janeiro, onde reside uma população de 65.026 habitantes, segundo o IBGE (fonte: censo do IBGE, 2000).

O Complexo do Alemão se insere numa região da cidade do Rio de Janeiro fortemente marcada pela ausência e/ou insuficiência de políticas públicas, bens e serviços.

Atuando no Complexo do Alemão desde 2003, o Centro de Promoção da Saúde (Cedaps) vem buscando estabelecer um trabalho de cooperação técnica com a comunidade no sentido de contribuir para a melhoria de suas condições de vida e de saúde. Seu trabalho é pautado na metodologia participativa “Construção Compartilhada de Solução em Saúde”. O Cedaps percebe na Estratégia Saúde da Família (ESF) uma oportunidade de impacto social ampliado, porque possibilita o empoderamento de moradores, o fomento à participação comunitária, a articulação político-social e a criação de redes comunitárias.

A ESF é considerada como promotora da saúde por intermédio de sua estrutura e composição (agentes comunitários, equipe multidisciplinar, módulo de atendimento dentro da comunidade, etc.) e por possuir um trabalho que transcende a clínica tradicional. Isso acontece porque os profissionais estão envolvidos em uma realidade que vai além do espaço clínico, mas abrange também os aspectos econômicos, sociais e culturais, por exemplo. Esse tipo de contato os impulsiona a realizar o trabalho de forma mais dinâmica e a tomar iniciativas que possam realmente mudar o contexto que influencia diretamente a saúde.

O trabalho *“Compartilhado e feito por nós: uma experiência de gestão participativa em Saúde da Família no Complexo do Alemão/Rio de Janeiro”* tem como objetivo promover a participação popular, de forma a nortear o planejamento e a execução de ações de promoção e prevenção da saúde, numa parceria entre profissionais da estratégia no Alemão e moradores da comunidade, compondo o Comitê Gestor.

Tal experiência nasceu com a proposta de fortalecimento das ações da Estratégia Saúde da Família do Morro do Alemão, que atua na assistência à saúde e em ações de promoção de saúde a cerca de 5.000 famílias, que corresponde a aproximadamente 20.000 pessoas.

No início de 2005 foram realizadas oficinas de trabalho com moradores e profissionais para sensibilização e mobilização, visando à proposta de formação de comitês gestores, com o intuito de ampliar a participação da população local. Nesses encontros, consolidou-se a formação de um comitê gestor, cujo objetivo é a criação de uma instância de interlocução entre a comunidade e a equipe de saúde da família.

Participaram de um seminário atores locais da estratégia (profissionais e moradores) e representantes da Secretaria Municipal de Saúde e

do Ministério da Saúde. Tal iniciativa fazia parte da proposta de “Sensibilização e Qualificação de Lideranças Comunitárias para Atuação Participativa em Saúde”, projeto este apoiado pelo Fundo Nacional de Saúde (FNS), por intermédio da Secretaria de Gestão Participativa do Ministério da Saúde.

Após esse período, o Cedaps manteve o acompanhamento das ações do comitê gestor em um novo seminário. Nesse novo encontro foram elaborados projetos, e as estratégias giraram, principalmente, em torno das questões de caráter educativo.

O teatro de fantoches, por exemplo, interage de forma lúdica com a comunidade, construindo responsabilização sobre o processo de saúde-doença e promovendo espaços de reflexão sobre autocuidado e cuidado com o ambiente.

A realização de atividades culturais e de lazer surgiu como meio de fomentar a promoção de sociabilidade entre moradores da comunidade, especificamente portadores de transtorno mental, seus filhos e outras crianças da comunidade. Essa estratégia, que também fez parte de outro projeto traçado no seminário, possibilitou quatro passeios em vários pontos turísticos do município do Rio de Janeiro. Os resultados desses projetos foram mensurados pela capacidade de articulação institucional de moradores na captação de recursos como transporte, alimentação e gratuidade, quando necessário. Além disso, foram observados pelos depoimentos favoráveis de moradores e pela alegria dos participantes ao entrarem em contato pela primeira vez (em muitos casos) com um ambiente diferente do espaço de convívio habitual, como o caso da moradora que relatou não sair da comunidade há 40 anos, por falta de oportunidade.

Com o intuito de melhorar as condições locais de moradia, no que diz respeito ao acúmulo e ao descarte de lixo em locais inadequados, dentro de uma microárea da comunidade, moradores e representantes institucionais demonstravam preocupação com o risco iminente de surto de dengue e deslizamento de terra na comunidade. A partir daí houve a criação do Condomínio Comunitário, com a participação dos moradores.

Os resultados são concretos, visíveis principalmente pela modificação dos hábitos dos moradores, que adquiriram a cultura de descartar o lixo de forma adequada, conforme acordo local, além da manutenção frequente de limpeza e organização.

À experiência do comitê gestor podem ser atribuídos resultados quantitativos e qualitativos. No que diz respeito aos números, pode-se observar diminuição da incidência de escabiose, conforme observação feita pelas equipes do módulo de saúde da família. Durante o período dessa experiência foram atendidos 78 casos de escabiose na área de atuação da equipe, que teve esse número reduzido a 23 casos. Tal resultado foi atribuído ao projeto de teatro de fantoches, já que se devia registrar o aumento de número de casos por ser tratar de uma época de baixa temperatura, o que não ocorreu.

O grande resultado é a composição do comitê, bem como o desenvolvimento de suas ações em uma comunidade de complexidade social como o Morro do Alemão. Uma experiência que pode ser apropriada por outras iniciativas em centros urbanos marcados pelas vulnerabilidades sociais, entre estas a violência e a precariedade da oferta de serviços de saúde de média e alta complexidade.

Chegamos à conclusão, após a execução dos projetos, de que é impossível trabalhar sem estabelecer um elo com a comunidade, aproveitando suas experiências de vida no território. Sem a participação desta, não chegaríamos a lugar algum. Todas as ações desenvolvidas somente foram possíveis com a parceria da comunidade e sua conscientização, que faz parte desse contexto, pois para mudar alguma situação é preciso que seus moradores tenham consciência de seus direitos e deveres enquanto cidadãos. Logo, são importantes e decisivos, já que suas opiniões têm peso e poder de mudança. Assumem, pois, um papel ativo na solução dos principais problemas e na conquista dos direitos e bens sociais. Desenvolvem o cuidado consigo e com o outro, lutam por equidade e qualidade de vida para todos. Esses sujeitos fazem parte do conceito de *comunidades saudáveis*, localidades cujos moradores rompem o isolamento de suas casas e se transformam em agentes de uma ação social que beneficia pessoas, famílias e o local.

Referências

BECKER, D. et al. Empowerment e avaliação participativa em um programa de desenvolvimento local e promoção da saúde. *Caderno Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p. 655-667, jul./set. 2004.

BRASIL. Lei n.º 8.080, de 19 de setembro de 1990. Lei Orgânica da Saúde. *Diário Oficial da União*, Poder Executivo, Brasília, DF, 20 set. 1990.

- _____. Ministério da Saúde. *Política Nacional de Promoção da Saúde*. Brasília, 2006.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. *Manual para organização da atenção básica*. Brasília, 2003.
- CENTRO DE PROMOÇÃO DA SAÚDE (CEDAPS). *Pesquisa Participativa “Situação da Infância e Adolescência no Complexo do Alemão, Rio de Janeiro”*. Relatório nº1: Dados quantitativos sobre o Complexo do Alemão, 2004. Rio de Janeiro, [200-?].
- _____. Rio de Janeiro, 2006. Disponível em: <<http://www.cedaps.org.br/3355>>. Acesso em: 26 out. 2006.
- DOBASHI, B. F.; GONÇALVES, C. C. M. *Dividindo sucessos e desafios com a população*. Disponível em: <http://dtr2002.saude.gov.br/cooperasus/bib/dow/arq/premio_200223.pdf>. Acesso em: 26 out. 2006.
- MATTOS, R. A. (Org.). *Construção Social da Demanda*. Rio de Janeiro: IMS/UERJ, 2005. p. 293-302.

Categoria: Trabalhos Acadêmicos

Trabalhos Premiados



GESTÃO COMPARTILHADA E CONSTRUÇÃO DA INTEGRALIDADE DA ATENÇÃO NO SUS: A EXPERIÊNCIA DA 4ª REGIÃO DE SAÚDE DO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL – PERÍODO DE 1999 A 2002¹

Autor: José Paulo Vicente da Silva

No período de 1999 a 2002, a Secretaria de Estado de Saúde do Rio Grande do Sul (SES/RS), no âmbito da experiência “Gestão Solidária da Saúde”, desenvolveu projetos voltados para a descentralização da gestão, a regionalização, a integralidade da atenção, o fortalecimento do controle social e a formação em saúde pública para o SUS.

A descentralização político-administrativa, realizada sob critérios pactuados entre os atores, com a devida prestação de contas públicas e de assessoria técnica, juntamente com o fato de que governo estadual passou a ser um importante financiador do sistema, habilitou a SES/RS para o cumprimento do papel que cabe ao órgão de gestão estadual, qual seja, a regulação do sistema estadual de saúde.

Um outro importante aspecto da descentralização político-administrativa diz respeito ao estabelecimento de um novo perfil para as Coordenadorias Regionais de Saúde, órgãos descentralizados da SES/RS, que passaram a ter autonomia política e técnica e a conduzir o processo de regionalização.

Na 4ª Região de Saúde, esse novo arranjo institucional permitiu que, sob a liderança da 4ª Coordenadoria Regional de Saúde, fossem produ-

¹ Este artigo é parte integrante da dissertação de mestrado em Saúde Coletiva “Gestão Compartilhada e a Construção da Integralidade da Atenção: Experiência da 4ª Região de Saúde do Rio Grande do Sul”, de autoria de José Paulo Vicente da Silva, defendida em abril de 2003 e orientada pela Prof^ª Dr^a Roseni Pinheiro.

zidos os pactos, os contratos e os acordos necessários à reorganização da atenção à saúde naquela região.

Em consonância com a diretriz da SES/RS de fortalecimento dos espaços de controle social, além da institucionalização dos conselhos gestores de unidades de saúde, dos conselhos locais, municipais e do conselho estadual, investiu-se na rearticulação do conselho regional de saúde, que se transformou em um espaço central de definição da política de saúde (MÜLLER; POSSA, 2001).

Como desdobramento do referido processo, o Hospital da Universidade Federal de Santa Maria (HUSM) foi inserido de forma regional e sistêmica no SUS, se tornando a principal referência para a atenção especializada naquela região (MÜLLER; POSSA, 2001).

Assim, esta investigação teve como objetivo geral analisar as práticas de gestão desenvolvidas no âmbito da 4ª Região de Saúde, no estado do RS, no que diz respeito à organização do acesso à atenção especializada. Estes aspectos podem ser relacionados com a integralidade quando esta é entendida, em um dos seus sentidos, como a garantia de acesso da população a toda tecnologia necessária para a promoção, a proteção e a recuperação da saúde e, portanto, para a “defesa da vida”.

A metodologia utilizada foi o estudo de caso, tendo sido utilizadas, como principais técnicas de pesquisa, entrevistas semi-estruturadas, observação participante e análise documental, o que possibilitou a triangulação de dados.

Constata-se, ao final deste estudo, a existência de um conjunto de estratégias e mecanismos de gestão que incluem os diferentes atores do SUS regional no processo de definição da política de saúde, configurando uma forma de gestão do tipo participativa, a qual denominamos de “gestão compartilhada em saúde”² (SILVA, 2003a), que objetivou, inclusive, o reordenamento da atenção especializada. Entre essas estratégias, destacamos três práticas que foram consideradas recorrentes na análise da experiência. Foram elas: (a) a descentralização da gestão estadual

² Definimos a “gestão compartilhada em saúde” como um espaço institucional de práticas solidárias que incorporam os diversos atores direta ou indiretamente envolvidos com a formulação, a gestão e a execução da política de saúde – gestores de todas as esferas de governo, da sociedade civil organizada, representantes dos trabalhadores de saúde, instituições de ensino, prestadores de serviços, representantes de outras políticas governamentais, etc. –, mediante o estabelecimento de mecanismos participativos de decisão nos diferentes níveis do sistema. A gestão compartilhada se constitui, então, como um espaço político de mediação de interesses, projetos e desejos dos diversos atores que participam da construção da política pública, se constituindo, portanto, como um dos espaços de definição das necessidades de saúde (SILVA, 2003a).

– por meio do estabelecimento e do fortalecimento de mecanismos de controle e participação social, como a rearticulação do Conselho Regional de Saúde e o fortalecimento dos conselhos municipais de saúde – e a pactuação entre gestores na gestão da atenção especializada, que geraram novas formas de regulação no sistema de saúde daquela região; (b) o papel da gestão estadual no desenvolvimento regionalizado do sistema de saúde, que apontou para a implementação de um processo de microrregionalização cooperativa; e (c) a articulação entre ensino-serviço-sociedade, que retratou a participação dos docentes e discentes do HUSM na atenção, contribuindo tanto para a ampliação do acesso da população à atenção especializada como para uma formação profissional voltada à realidade do SUS, além de projetos desenvolvidos pela SES/RS, em parceria com a Escola de Saúde Pública (ESP/RS), voltados ao incentivo da participação e ao controle social por meio da implementação de atividades permanentes de capacitação e formação de conselheiros.

Referências

- CECÍLIO, L. C. O. As Necessidades de Saúde como Conceito Estruturante na Luta pela Integralidade e Equidade na Atenção em Saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Orgs.). *Os Sentidos da Integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro: IMS-UERJ/ABRASCO, 2001. p. 113-126.
- FERLA, A. A. et al. *Financiamento e regionalização da saúde: a experiência gaúcha*. Rio de Janeiro: CEBES, 2001. p. 52-71. (Série Divulgação em Saúde para o Debate, n. 24).
- FERLA, A. A.; GEYER, L. M. C. Descentralização da gestão e regionalização da atenção no Rio Grande do sul: consolidando e avaliando processo de efetivação do SUS. In: BRASIL. Ministério da Saúde. *Relatos de experiências – Gestão dos Serviços de Saúde: Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde*. Brasília, 2002. p. 31-60.
- FERLA, A. A.; MARTINS JÚNIOR, F. *Gestão solidária da saúde: a experiência da gestão estadual do SUS no Rio Grande do Sul*. Rio de Janeiro: CEBES, 2001. p. 8-20. (Série Divulgação em Saúde para o Debate, n. 23).
- FERLA, A. A.; SOUZA, D. Y. Incorporação dos prestadores de serviços à rede regionalizada de Atenção à Saúde. In: BRASIL. Ministério da Saúde. *Relatos de experiências – Gestão dos Serviços de Saúde: Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde*. Brasília, 2002, p. 61-85.

MENDES, E. V. *Os grandes dilemas do SUS*. Salvador: Editora Casa da Qualidade, 2001. Tomo I.

_____. *Os grandes dilemas do SUS*. Salvador: Editora Casa da Qualidade, 2001. Tomo II.

MÜLLER, A. C.; POSSA, L. B. *A regionalização da atenção à saúde no Rio Grande do Sul: uma experiência em construção na 4ª Região de Saúde*. Rio de Janeiro: CEBES. 2001. p. 21-29. (Série Divulgação em Saúde para o Debate, n. 23).

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria de Saúde. *Efetivando o SUS no Rio Grande do Sul com Controle Social: implementando a legislação para garantir saúde de verdade e com qualidade para todos os gaúchos*. Porto Alegre, 2000.

SILVA, J. P. V. *Gestão Compartilhada e a Construção da Integralidade da Atenção: experiência da 4ª Região de Saúde do Rio Grande do Sul*. 2003. 140 f. Dissertação (Mestrado)–Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2003a.

SILVA, J. P. V. et al. Integralidade como inovação institucional – a experiência da Secretaria de Estado de Saúde/RS – 1999- 2002: Considerações sobre a gestão no Sistema Único de saúde. *Revista de Administração Pública*, [S.l.], n. 3, 2004.

SILVA, J. P. V. et al. Necessidades, demanda e oferta: algumas contribuições sobre os sentidos, significados e valores na construção da integralidade na reforma do setor saúde. *Saúde em Debate*, [S.l.], v. 27, n. 65, p. 234-242, 2003b.

STOTZ, E. N. *Necessidades de Saúde: mediações de um conceito (contribuição das Ciências sociais para a fundamentação teórico-metodológica de conceitos operacionais da área de planejamento em saúde)*. Tese (Doutorado em Saúde Pública)–Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 1991.

APLICAÇÃO DO PSICODRAMA PEDAGÓGICO NA COMPREENSÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE: RELATO DE EXPERIÊNCIA

*Autores: Annatália Meneses de Amorim Gomes
Co-autores: Conceição de Maria de Albuquerque
Escolástica Rejane Ferreira Moura
Luiza Jane Eyre de Souza Vieira*

Palavras-chave: *ensino; psicodrama; Sistema Único de Saúde.*

Trata-se de estudo descritivo-exploratório, que teve como objetivo identificar as repercussões da aplicação do psicodrama pedagógico como referencial do processo de ensino-aprendizagem para a compreensão do Sistema Único de Saúde (SUS). O psicodrama pede a aprendizagem de ações adquiridas nas relações interpessoais por meio de jogos dramáticos, apostando na espontaneidade e na criatividade dos envolvidos (MORENO, 1959). O psicodrama pedagógico acrescenta ao ensino tradicional a reflexão da vida, das atitudes, dos atos, do aprender para ser (ROMAÑA, 1987, 1996).

Os dados foram oriundos da vivência de um seminário temático desenvolvido como parte da disciplina “Políticas e Práticas de Saúde”, do mestrado de Educação em Saúde da Universidade de Fortaleza (Unifor). O grupo tomou ciência do estudo e concordou em participar sem restrição à publicação dos resultados.

O trabalho constou das etapas: acolhimento, aquecimento específico, “*contação*” de história sobre o SUS, teatro do improviso – “*Cotidiano do SUS*”, exposição dialogada, conversa em subgrupos, escultura, compartilhamento –, roda de embalo e avaliação. O aquecimento estabele-

ceu ambiência para concentração e espontaneidade dos participantes. A “*contação*” de história despertou curiosidade e motivação para a escuta ativa, constatação que confirma o pensamento de Freyre (2002, p. 14), ao afirmar que, cada vez que alguém diz “era uma vez...”, a história ganha vida e chama a atenção de quem está presente para escutar. O teatro do improviso (“*Cotidiano do SUS*”) trouxe cenas reais, que possibilitaram ao grupo se colocar em vários papéis, sobretudo no de usuário. A exposição dialogada proporcionou reforçar conceitos e favoreceu conexões com atitudes percebidas na prática profissional, destacando-se a importância do atendimento ético e humanizado. A conversa em subgrupos gerou reflexões em torno dos desafios à universalização.

Os resultados mostraram uma percepção geral e a síntese do grupo de que o SUS está em construção e requer a participação de todos. Integração, afetividade, criatividade, descontração, motivação, participação, conexão entre teoria e prática e o ato de se colocar no lugar do cliente foram aspectos favoráveis à aprendizagem, potencializados pelo uso do psicodrama. Constatamos que a aplicação do psicodrama pedagógico facilitou a compreensão do SUS pelos participantes. Recomenda-se que outras experiências sejam reproduzidas seguindo esse referencial, de maneira a desafiar o paradigma do ensino tradicional: controlador, rígido e limitado, promovendo mudanças nas práticas de atenção e gestão do SUS.

Referências

- FREIRE, P. *Pedagogia do Oprimido*. 13. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1993.
- FREYRE, K. (Org.). *A fantástica história dos contadores de histórias no reino do tudo é possível II: histórias para acordar os homens*. Recife: Edupe, 2002.
- GOMES, A. M. A.; NATIONS, N. K.; AMATO, M. A. P. O Psicodrama na humanização hospitalar. In: FLEURY, H. J.; MARRA, M. M. (Org.). *Intervenções grupais nas organizações*. São Paulo: Agora, 2005.
- MORENO, J. L. *Psicoterapia de grupo e psicodrama: introdução à teoria e à prática*. Tradução: A. C. M. Cesarino Filho. São Paulo: Editora Mestre Jou, 1959.
- ROMAÑA, M. A. *Do psicodrama pedagógico à pedagogia do drama*. Campinas, Papirus, 1996.
- ROMAÑA, M. A. *Psicodrama pedagógico: método educacional psicodramático*. 2. ed. Campinas, SP: Papirus, 1987.

AUTOPERCEPÇÃO EM UM GRUPO DE MULHERES: OS SENTIDOS E SIGNIFICADOS SOBRE SAÚDE BUCAL

WOMEN GROUP'S SELF-PERCEPTION: THE SENSE AND MEANING ABOUT ORAL HEALTH

Autora: Livia Lima Nogueira dos Santos

Co-autores: Adriano Maia dos Santos

Claudia Cerqueira Graça

Ioni Santos da Mata

A pesquisa resulta do projeto intitulado “*Avaliação da Autopercepção em Saúde Bucal em um Grupo de Mulheres da USF, Campo Limpo III, Feira de Santana-BA*”, aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Feira de Santana, registrado sob o protocolo nº 101/2005, em 2 de dezembro de 2005. Teve-se como objetivo analisar os sentidos e significados das concepções sobre saúde bucal para um grupo de mulheres, pois se acredita que são pontos relevantes para a construção de novas abordagens em educação em saúde, a partir da problematização do cotidiano de cada sujeito.

A autopercepção de cada mulher foi um importante instrumento para se compreender como a condição de saúde bucal era percebida em uma realidade específica, dotada de sentidos e significados que, muitas vezes, não coincidem com o desejo e a percepção dos profissionais de saúde bucal acerca do que é normal e saudável. O estudo foi realizado em Feira de Santana (BA), no bairro Campo Limpo, na área do Programa Saúde da Família, no período de março a abril de 2006. Os sujeitos da pesquisa foram trinta e nove mulheres, a partir dos dezoito anos, que participavam do Grupo de Educação para Mulheres e que consentiram,

voluntariamente, em participar da pesquisa. A coleta de dados ocorreu em dois momentos: 1º) aplicação de questionário de autopercepção em saúde bucal; 2º) realização de grupo focal e coleta de informações pela técnica da história oral.

Com o questionário, caracterizou-se o grupo de mulheres que participou da pesquisa: 77% tinham entre 25 e 44 anos, sendo que a maioria não completou o ensino fundamental (56,4%). Quanto à situação conjugal, constatou-se que 53,8% estavam casadas ou em união consensual, possuíam de 2 a 3 filhos (51,3%), moravam com 4 a 6 pessoas (64,1%) em casa própria (69,2%). Quanto ao nível econômico, o grupo apresentou renda de até um salário mínimo (97,4%) e, quando se considerou a ocupação das participantes, 79,5% definiram-se como donas de casa.

Para o grupo focal criou-se uma personagem fictícia, denominada *Fernanda*, cuja história é a própria história de vida das participantes do grupo. Tal mulher morava no bairro Campo Limpo, era dona de casa, residia em casa própria, tinha três filhos e a renda de sua família era de um salário mínimo e, aos domingos, fazia compras na feira livre. Questionou-se a respeito do que a personagem comprava. O grupo verbalizou: *“verduras, frutas, feijão, carne, rapadura...”*.

A personagem foi contextualizada, ainda, em uma vida bastante atribulada, típica vida de dona de casa, procurando aproximá-la, ao máximo, da realidade do grupo focal. Outro aspecto levantado pelo grupo mostrou que a personagem *“tinha muitas obrigações em casa: tinha de fazer comida, limpar a casa, cuidar dos filhos e, o pior, ouvir, do marido e de seus familiares, que ela não fazia nada”*. Indagou-se sobre essa questão, e as mulheres responderam: *“é uma injustiça”*. Nesse contexto, foi interrogado ao grupo: *“quantas vezes vocês acham que a personagem escova os dentes?”*. O grupo respondeu: *“desse jeito?! Uma vez ou nenhuma. Ela está estressada”*. Notou-se um contraste com o questionário de autopercepção, no qual a maioria relatou escovar os dentes de duas a três vezes ao dia (69,6%), ou seja, uma reprodução do conteúdo informativo, mas não gerador de transformação das pessoas. Segundo Santos e Assis (2006, p. 59): *“[...] a pouca adesão também está associada ao formato acadêmico em que os encontros coletivos têm se desenvolvido, por meio de palestras verticalizadas e pouco problematizadoras”*.

A técnica da contagem de história, fundamentada na autopercepção do sujeito coletivo, permitiu uma aproximação das vivências do grupo focal, transitando entre a fantasia e a realidade, revelando histórias encobertas, permitindo *outras verdades*. Percebeu-se que a forma com

que as mulheres percebem sua saúde bucal, suas necessidades e o modo como pretendem solucionar os seus problemas diverge do discurso normativo-acadêmico. Tal percepção faz do patológico uma condição de normalidade. Assim, a mutilação, o uso de prótese e a cárie podem ser considerados normais por um grupo. Devido ao efeito de que são considerados comuns, nesse sentido o anormal é ter todos os dentes. Para o profissional da saúde, detentor do conhecimento científico, oriundo de outras classes sociais, causa estranhamento e perplexidade tal situação, tentando alterá-la sem compreendê-la. A fim de superar esse limite, considera-se que a educação em saúde, de metodologia problematizadora, fundamentada na percepção e nos valores do grupo, possibilita que as mulheres e a comunidade possam assumir o controle sobre suas vidas e, de forma coletiva, requerer seus direitos assegurados pelo Sistema Único de Saúde.

Referência

SANTOS, A. M.; ASSIS, M. M. A. Da fragmentação à integralidade: construindo e (des)construindo a prática de saúde bucal no Programa Saúde da Família de Alagoinhas – BA. *Rev. Ciência e Saúde Coletiva*, [S.l.], v. 11, n. 1, p. 53-61, jan./mar. 2006.

O DIÁLOGO COMO ALTERNATIVA À PARTICIPAÇÃO POPULAR E AO CONTROLE SOCIAL NA SAÚDE

Autor: Jacks Soratto

Co-autora: Eliana Marília Faria

Partiu-se do princípio de que o saber local depende da articulação dos diversos atores sociais e da possibilidade de explicitação das diversas formas de ver o mundo, o cotidiano e os problemas percebidos. Isso significa falar de participação popular e controle social e estar em meio a um jogo de interesses entre a população e a gestão, no qual o compartilhamento de saberes e a troca de informações são fundamentais no processo.



Figura 1. Itinerário para a efetivação do processo de participação popular e controle social na saúde.

A detenção do saber sem compartilhamento gera poder. Multiplicar informações sobre a égitde da ética e do direito implica compartilhar sa-

beres e poderes (FARIA, 1996). Assim, para que a participação popular na ótica do controle social seja efetiva, um aspecto que tem seu lugar central é a informação.

Sem a difusão de informação relacionada à saúde, é impensável a proposição da participação popular e do controle social. O que se percebe na prática é a sonegação de informações por parte dos profissionais à população. Sem a informação, a população perde o seu poder reivindicatório. Como a população vai exercer o controle social se nem sequer sabe que “a saúde é um direito de todos e um dever do Estado?”.

Este estudo também confirmou o que Acioli enfatiza:

Para que se efetivem o controle social e a incorporação da população nesse processo, é preciso lembrar que o lugar da cidadania é onde tudo deve ser visto, ouvido e divulgado para o maior número de pessoas possível. É fundamental que ocorra a socialização das informações necessárias à compreensão das várias situações que envolvem as necessidades de saúde de determinada região, para que possam ser pensadas propostas de solução para os problemas identificados (ACIOLI, 2005, p. 299).

Os serviços e os profissionais de saúde devem se compenetrar de que é também sua responsabilidade fazer circular a informação. Isso implica estar em um fogo cruzado ou em uma “sinuca de bico”,¹ entre os interesses do sistema (gestão de saúde) e os interesses da população. Claro que a desinformação é apenas um dos fatores importantíssimos que impedem um controle social mais efetivo.

É aí que entra em jogo a idéia do controle social como participação cidadã dos atores sociais (gestores, trabalhadores técnicos e assistenciais, prestadores de serviços, representantes dos órgãos de formação e a população).

Isso implica necessariamente abrir-se ao diálogo, o que significa eliminar ou desvincular o processo de trabalho de algumas questões técnicas, organizacionais e burocráticas que o sistema exige (o conhecimento e a técnica são importantes, mas sem o diálogo ambas tornam-se sem sentido).

Como fala Merhy, existem desafios que devem caminhar na direção da

busca de um outro modo de operar o trabalho em saúde e de

¹ Uma expressão do cotidiano das pessoas que indica, entre outros significados, “estar sem saída”.

construir a relação do trabalhador com os usuários do sistema de atenção à saúde, edificando uma relação mais solidária entre ambos e os próprios trabalhadores, na perspectiva do desempenho técnico e de um trabalhador coletivo na saúde (MERHY, 1997, p. 126).

O diálogo de que falo significa eliminar quaisquer preconceitos sob quaisquer ângulos que se olhe, pois será a partir daí que poderão ser criadas as condições para a explicitação das idéias, dos problemas, do embate democrático, com e para, concomitantemente, se apontar as possibilidades de que a política de saúde atenda com propriedade técnica e ética as necessidades dos atores sociais, especialmente a quem se dirige – a população –, mas não se esquecendo de proporcionar condições aos trabalhadores para a produção dos cuidados em saúde e o atendimento das necessidades da população.

O diálogo de que falo significa olhar o cotidiano mediante a ótica da população. Só assim compreender-se-á suas necessidades reais, pois quem observa algo sempre o faz a partir de um ponto. Assim, nenhuma observação é neutra (FREIRE, 1997).

O diálogo de que falo significa romper também com as fronteiras do sistema (centralidade burocrática), imergir na conversação com os sujeitos, entender os porquês da população e, analogicamente, ser como uma roda para um automóvel, que não sai do lugar, mas nos leva a lugares inimagináveis. Colocando-se essa analogia em seu devido lugar, percebe-se que deve haver interação/conhecimento entre a roda, o carro e o condutor. O diálogo pode ser a (nossa) roda, apenas, pois quem observa pensa: “esse cara não vai a lugar algum”. Mas o diálogo é um instrumento simples, porém eficaz, grátis (na saúde, nem sempre grátis), mas muito valioso, pois pode e poderá dar uma nova cara para o Sistema Único de Saúde.

Referências

ACIOLI, Sônia. Construção Social da Demanda: Direito à Saúde, Trabalho em Equipe, Participação e Espaço Público. In: PARTICIPAÇÃO Social na Saúde: Revisitando Sentidos, Reafirmando Propostas. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ, ABRASCO, 2005.

FARIA, Eliana Marília. *Comunicação na Saúde: fim da simetria?* Pelotas: Ed. Universitária/PEN/Florianópolis, 1996. 175 p.

FREIRE, Paulo. *Educação e mudanças*. 2. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1997.

MERHY, Emerson Elias. O SUS e um dos seus dilemas: mudar a gestão e a lógica do processo de trabalho em saúde (um ensaio sobre a micropolítica do trabalho vivo). In: FLEURY, Sonia (Org.). *Saúde e democracia: a luta do CEBES*. São Paulo: Lemos Editorial, 1997. p. 125-141.

REDE DE FORMADORES TRANSFORMANDO A EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE

Autora: Jeannine Krischke

Co-autores: Débora Krischke Leitão

Élcio Lobato

Magda Bercht

Sérgio Vallin

Resumo

O objetivo deste artigo é compartilhar nossa percepção e proposição para estimular a reflexão de gestores e técnicos envolvidos com a capacitação na ambiência dos hospitais que integram o SUS. Tem como eixo temático novas alternativas de educação permanente da equipe de saúde no contexto dos hospitais filantrópicos. Nossa proposta, o projeto Rede de Formadores para Educação Permanente de Equipes de Saúde (Reforsa), contempla o binômio educação e saúde, com foco andragógico, tendo como objetivo precípua contribuir com o esforço nacional para elevar o padrão da assistência à saúde prestada e a atitude de humanização nesse contexto, via educação permanente, mediante a capacitação de formadores dos hospitais filantrópicos como facilitadores e agentes de desenvolvimento da equipe de saúde. Em paralelo, contribuirá para a melhoria da capacidade de participar de uma sociedade baseada na gestão participativa do conhecimento pelo fortalecimento de redes de aprendizagem cooperativa, usando as tecnologias de informação e comunicação (TICs). Ambos os objetivos têm lógicas complementares e integram uma única estratégia participativa de gestão do conhecimento, tendo o papel de promover a sinergia e o fortalecimento de inter-

faces que estimulem a produção e a disseminação de informações que atendam às necessidades dos públicos interno e externo e impactem no desenvolvimento econômico-social. Discutimos a relevância e a viabilidade de implantação de novas alternativas de capacitação continuada de equipes de saúde, no contexto dos hospitais filantrópicos, como uma das estratégias de gestão participativa do conhecimento. Para tal, concebemos o escopo de um projeto que depende de financiamento para ser implementado. Isso vai ao encontro de demandas identificadas no Rio Grande do Sul, mas que pode contribuir para a construção de políticas participativas de gestão do conhecimento no SUS, para ser expandido tanto em nível regional quanto em nível nacional, na perspectiva de transformação da dicotomia teoria e prática, vigentes nas ações de capacitação das equipes de saúde.

Palavras-chave: *educação permanente; redes; gestão do conhecimento em saúde; filantrópicos; formadores.*

Nosso ponto de partida é lançar um olhar prospectivo, ancorado em nossa práxis em desenvolvimento humano, no cotidiano da educação permanente em instituições de saúde, enriquecido pelo diálogo transdisciplinar entre educadores, consultores e pesquisadores das áreas de humanas e de computação, bem como entre profissionais com rica experiência em saúde. A capacidade de compreender essa realidade e entender seus desdobramentos – na interface trabalho e capacitação, assistência e educação permanente em saúde – é um desafio para a construção de modelos e a implementação de práticas contributivas ao desenvolvimento simultâneo e continuado das competências técnicas e interpessoais dos profissionais de saúde.

Se quisermos estimular o aprender a aprender, a ser e a conviver, trabalhando em equipe, na construção coletiva de conhecimentos, habilidades e atitudes, essenciais na atenção integral, humanizada e de qualidade, é premente que busquemos alternativas inovadoras e customizadas.

Focamos a relevância de priorizar a educação permanente da equipe de saúde e a viabilidade de implantação de uma estratégia complementar às políticas públicas vigentes no SUS, em consonância com uma das metas propostas pela saúde coletiva no Brasil: tornar a rede pública de saúde uma rede de ensino-aprendizagem.

O panorama da saúde no Brasil é bastante desafiador. São necessárias mudanças múltiplas e urgentes. A educação com e para as tecnologias de informação e comunicação pode ser uma dessas vias. O fortalecimento de Redes de Aprendizagem Cooperativas como uma estratégia de gestão participativa do conhecimento no SUS promove a inteligência coletiva em saúde. Se implementada, nossa proposta, em paralelo, incrementará a democratização do saber em saúde e a capacidade da sociedade de participar baseada no conhecimento, na inclusão digital e na apropriação progressiva do uso das tecnologias de informação e comunicação.

Primeiramente, explicitamos a necessidade local, com base em dados e fatos, e a urgência de enfrentar a questão. A seguir, argumentamos sobre a relevância e o potencial de contribuição de nossa proposta. No estado do Rio Grande do Sul, os hospitais filantrópicos desempenham papel fundamental nesse cenário, atendendo a 97% dos municípios. Todos os hospitais associados à Federação das Santas Casas e Hospitais Filantrópicos do RS deparam com recursos humanos e financeiros insuficientes, o que se repercute na qualidade e na quantidade da capacitação.

A segunda parte do artigo contém uma breve revisão da literatura, referenciando os pressupostos teóricos e metodológicos que alicerçam as práticas educacionais contidas em nossa proposição, dialogando com autores que têm a intenção de reconceituar a capacitação permanente de equipes de saúde no contexto da gestão participativa do conhecimento. Destacamos a relação dialética entre o sujeito que aprende, o que é aprendido e o conhecimento resultante dessa interação, ressaltando a importância das redes na construção da inteligência coletiva, cujo conceito define que o sujeito é agente de sua aprendizagem.

A terceira parte do artigo aponta alternativas que podem ser eleitas como alavancas deste projeto, com parceiros que, se consorciados, demonstrarão a importância das alianças entre o público e o privado, o universo acadêmico e o institucional, a teoria e a prática.

Nesse contexto, uma alternativa inovadora é a formação bimodal de formadores, como agentes de desenvolvimento da equipe de saúde, para uma ação multiplicadora em cascata, focada na base da pirâmide de 239 hospitais, para capacitar 55 mil colaboradores, qualificando e humanizando o atendimento de 550 mil pacientes por ano.

Esta opção com alto potencial de replicabilidade parte de uma demanda de nível estadual, podendo expandir-se nacionalmente se tiver a adesão de financiadores potenciais e o comprometimento dos atores

sociais envolvidos na e para a sua operacionalização. Aplica visão e ação interdisciplinares nos eixos de pesquisa e implementação necessárias às práticas em saúde, articulando matricialmente diferentes atores e áreas do conhecimento. Adota a estratégia participativa, os princípios andragógicos de ensino-aprendizagem e de ergonomia, além de contemplar a perspectiva de gênero.

A estratégia para a escalação regional integra o projeto desde sua origem, pois atende demandas de instituição local de abrangência estadual: a Federação das Santas Casas e Hospitais Filantrópicos, mediante ação simultânea junto aos 239 hospitais gaúchos. Tal projeto pode ser replicado internacionalmente, por apresentar modelo dinâmico, que permite fácil adaptação a diferentes contextos e pressupõe a participação de atores locais na sua concepção e implementação, por intermédio de pesquisa e ação coletiva e customizada ao contexto, respeitando as interfaces e as peculiaridades locais.

Referências

- BRASIL. Ministério da Saúde. *ParticipaSUS: Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa no SUS*. Documento em discussão – versão 05.09.06. Brasília, [2007?].
- CECCIM, R. B. Educação permanente em saúde: desafio ambicioso e necessário. *Interface – comunicação, saúde, educação*, Botucatu, v. 9, n. 16, p. 161-168, set./fev. 2005.
- CECCIM, R. B.; FEUERWERKER, L. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. *Physis – Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 41-65, jan./jun. 2004.
- CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE: Conferência Sergio Arouca: Saúde um direito de todos e um dever do Estado: a saúde que temos o SUS que queremos, 12., 2003, Brasília. *Relatório final*. Brasília, 2004.
- FREIRE, Paulo. *Pedagogia da autonomia*. São Paulo: Paz e Terra, 1997.
- HARVEY, Pierre-Léonard. *Inteligência coletiva e construção de comunidades*. Excetos da palestra. Disponível em: <http://cv-acolhimento.bvs.br/tiki-read_article.php?articleId=6>. Acesso em: 10 mar. 2008.
- KNOWLES, Malcolm. *The adult learner a neglected species*. Houston: Gulf publishin comp, 1973.
- _____. *The adult learner*. Houston: Gulf Publishing, 1990.

- KRISCHKE, Jeannine. *Anais do 3 Telecongresso Internacional Educação de Jovens e Adultos*. [S.l.: s.n.], 2003.
- _____. *Andragogia em tempos de internet*. São Paulo: [s.n.], 1998. v. 1. Hipertexto que integra a Coletânea Formação versão e-book.
- LEVY, Pierre. *A Inteligencia colectiva*. Lisboa: Inst. Piaget, 1994.
- MARCAS da Política Nacional de Gestão Participativa. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Gestão Participativa. *Regulamento do Premio Sergio Arouca de Gestão Participativa no SUS*. Brasília, 2005.
- MOREL, C. M. A pesquisa em saúde e os objetivos do milênio: desafios e oportunidades globais, soluções e políticas nacionais. *Ciência e Saúde Coletiva*, [S.l.], v. 9, n. 2, 2004.
- MORIN, E. *A cabeça bem-feita*. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2000.
- PEREIRA, Isabel Brasil; RAMO, Marise Nogueira. *Educação Profissional em Saúde*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2006. (Coleção Temas em Saúde).
- ROVERE, M. A reforma sanitária brasileira é um exemplo de organização em rede. *RET SUS*, [S.l.], dez. 2004.
- _____. *Planificación estratégica de recursos humanos en salud*. Washington: OPS, 1996. (Série Desarrollo de Recursos Humanos, 96).
- SANTANA, José Paranaguá de; CAMPOS, Francisco Eduardo de; SENA, Roseni Rosângela de. Formação profissional em saúde: desafios para a universidade. In: SANTANA, José Paranaguá de; CASTRO, Janete Lima de (Orgs.). *Capacitação em desenvolvimento de recursos humanos de saúde: CADRHU*. Natal: Univ. Fed. Rio Grande do Norte, 1999.
- SANTANA, José Paranaguá de; CHRISTÓFARO, M. A. C. *Educação, Trabalho e Formação Profissional em Saúde*. Brasília, 2003. Texto de Orientação do Curso de Especialização em Políticas de Recursos Humanos para a Gestão do SUS.
- SOUZA, Alina Maria de Almeida et al. *Processo educativo nos serviços de saúde*. Oficina Regional da OMS. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde/Representação do Brasil, 1991. (Série RH, n. 1).

Menções Honrosas



REPRESENTANTES E REPRESENTADOS: RELAÇÃO ENTRE CONSELHEIROS USUÁRIOS, SUAS ENTIDADES E SEUS ESPAÇOS DESCENTRALIZADOS DO CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DE PORTO ALEGRE

*Autoras: Clarete Teresinha Nespolo de David
Soraya Maria Vargas Cortes*

Introdução

O tema central deste estudo é a relação entre representantes de usuários dos serviços públicos de saúde e os seus respectivos representados em fóruns participatórios. A ênfase recai sobre as lideranças e os representantes de entidades dos Movimentos Sociais Urbanos (MSU) e de espaços participativos descentralizados do CMS no Conselho Municipal de Saúde de Porto Alegre (CMS/POA).

O interesse por este assunto deve-se, por um lado, à quase inexistência de trabalhos acadêmicos que enfoquem o tema. Estudos sobre os movimentos sociais urbanos (AZEVEDO, 1991; NUNES, 1989; SILVA, 2001) e sobre a participação em fóruns colegiados (CECCIM, 1990; CORTES, 2002; LABRA, 2002; FUKS, 2002; TATAGIBA, 2002; DAGNINO, 2002) tendem a privilegiar a análise da participação específica do movimento ou da entidade. Neles, não são focalizadas as formas de intermediação entre representantes e representados, nem os fatores dessa relação que interferem na construção da representação em fóruns participatórios.

Objetivo

O objetivo principal deste estudo é verificar a relação existente entre o grau de estruturação das entidades do Movimento Social Urbano e dos espaços participativos descentralizados do CMS (conselhos distritais, gestores e conselhos locais de saúde) e o nível de autonomia e a capacidade propositiva de representantes no Conselho Municipal de Saúde de Porto Alegre.

Método

Com uma abordagem qualitativa (estudo de caso), este trabalho combinou as seguintes estratégias metodológicas: (a) pesquisa documental; (b) realização de entrevistas semi-estruturadas; e (c) observação. No total, foram realizadas doze entrevistas, cinco com lideranças de entidades do MSU, cinco com representantes de entidades no CMS e duas com representantes de espaços participativos descentralizados do CMS de Porto Alegre.

As entidades do MSU foram classificadas de acordo com o seu grau de estruturação. Foram consideradas entidades com maior grau de estruturação aquelas que possuíam sede própria, realizavam reuniões periódicas entre a sua direção e a base social cujas lideranças estavam inseridas em diversos espaços públicos de participação e nas quais a questão saúde constava entre as suas prioridades de ação. Já as entidades consideradas com menor grau de estruturação são: (1) as que não possuem sede própria; (2) as que não possuem cronograma de reuniões sistemáticas entre a direção e sua base social; e (3) aquelas em que as questões de saúde não constavam entre suas principais prioridades de ação. Já os espaços participativos descentralizados são os conselhos distritais e locais de saúde e os conselhos gestores de unidades de saúde e do Programa Saúde da Família (PSF).

Resultados

Constatamos que os representantes entrevistados subdividem-se em três grupos: (a) representantes de entidades do MSU estruturado, que possuem várias inserções políticas, agem na área da Saúde e mantêm uma ação articulada com suas entidades de origem; (b) representantes do MSU menos estruturado, que têm menor inserção política, agem nos espaços da área da Saúde com certa independência em relação às suas

entidades de origem; e (c) representantes de espaços participativos descentralizados, que possuem inserção exclusivamente na área.

Conclusões

Concluímos, assim, que as entidades mais antigas são as que possuem maior grau de estruturação e seus representantes possuem maior vínculo com sua entidade, a qual possui relativo controle sobre seus representantes. Os representantes das entidades do MSU com menor grau de estruturação e os representantes de espaços participativos descentralizados, com representação difusa, possuem menor vínculo e maior autonomia com relação aos representados. São das entidades mais estruturadas e dos espaços participativos descentralizados do conselho de saúde os representantes com maior capacidade propositiva em fóruns participatórios. Esse tipo de representação indica uma relação articulada com segmentos da *policy community* local, formando-se a partir de interesses compartilhados entre diferentes atores governamentais e da sociedade civil.

Referências

- AZEVEDO, Sérgio; PRATES, Antônio A. P. Planejamento participativo, movimentos sociais e ação coletiva. *Ciências Sociais Hoje*, São Paulo, p.122-15, 1991.
- BAIERLE, Sergio G. Porto Alegre, polis no terceiro mundo? A emergência de um novo princípio ético-político nos movimentos populares urbanos de Porto Alegre. *Cadernos da Cidade*, [S.l.], v. 1, n. 2, maio, 1994.
- BAUER, Martin W.; GASKELL, George. *Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático*. 2. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2002. p. 23-26.
- BOURDIEU, Pierre. *O poder Simbólico*. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 1991.
- BRASIL. Lei n.º 8.080, de 19 de setembro de 1990. Lei Orgânica da Saúde. *Diário Oficial da União*, Poder Executivo, Brasília, DF, 20 set. 1990.
- _____. Lei n.º 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. *Diário Oficial da União*, Poder Executivo, Brasília, DF, 31 dez. 1990.
- CECCIM, Ricardo et al. *Participação popular em saúde: a ótica do usuário na CLIS 04*. 1990. Trabalho de conclusão XV curso de especialização, Escola de Saúde Pública do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 1990. Fotocopiado.

- CORTES, Soraya M. V. Participação de Usuários nos Conselhos Municipais de Saúde de Assistência Social de Porto Alegre. In: PERISSINOTTO, Renato; FUCKS, Mário (Orgs.). *Democracia: teoria e prática*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 2002. v. 1, p. 167-209.
- _____. Participação na área da Saúde: o conceito suas origens e seu papel em diferentes projetos de Reforma do Estado. *Saúde: Revista do Nipesc*, Porto Alegre, v. 1, n. 1, p. 51-69, jan./dez. 1996.
- _____. *User participation and reform of the Brazilian health System: The case of Porto Alegre*. 1995. Tese (Doutorado)–London School of Economics and Political Science, London, 1995.
- COTTA, Maurizio. Representación. In: BOBBIO, Norberto; MATTEUCCI, N. *Dicionário de Política*. 3. ed. México, D.F.: Siglo XXI Editores, 1985. p. 1102-1107.
- DAGNINO, Evelina. *Anos 90 Política e Sociedade no Brasil*. São Paulo: Brasiliense, 1994.
- _____. *Sociedade Civil e Espaços Públicos no Brasil*. São Paulo: Paz e Terra, 2002.
- DARON, Vanderleia. *Educação, cultura popular e saúde: experiências de mulheres trabalhadoras rurais*. 2003. Dissertação (Mestrado)–Programa de Pós-Graduação em Educação, Universidade de Passo Fundo, Passo Fundo, 2003.
- DOIMO, Ana M.; RODRIGUES, Marta M. A. A formulação da nova política de saúde no Brasil em tempos de democratização. *Sociedade & Política*, São Paulo, n. 3. p. 95-115, 2003.
- FUKS, Mario. Participação Política em conselhos gestores de políticas públicas sociais no Paraná. In: PERISSINOTTO, Renato; FUKS, Mário. *Democracia: teoria e prática*. Paraná: Relume-Dumará, 2002.
- GOHN, Maria G. *Conselhos gestores e participação sócio-política*. São Paulo: Cortes, 2001.
- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). *O perfil do associativismo através do suplemento - suppme/1996*. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br>>. Acesso em: 5 abr. 2004.
- LABRA, Maria. E. *A qualidade da representação dos usuários nos Conselhos Distritais de Saúde do Rio de Janeiro e a Dimensão Associativa: pesquisa estratégica: relatório final*. Rio de Janeiro: [s.n.], 2002. Mimeografado.

MANIN, Bernard. Los principios del gobierno representativo. *Sociedade*, [S.l.], n. 6, p.13-38, 1995.

NUNES, Edson; JACOBI, Pedro. Movimentos populares urbanos, poder local e conquista da democracia. In: MOIS, J. A. (Org.). *Cidade, povo e poder*. 2. ed. Rio de Janeiro: Vozes, 1989.

PITKIN, Hanna F. O conceito de representação. In: CARDOSO, Fernando Henrique et al. (Orgs.). *Política e Sociedade*. São Paulo: Companhia Editora Nacional, 1983. p. 8-22.

PORTO ALEGRE. Conselho Municipal de Saúde. *Regimento Interno do CMS em 25 de dezembro de 1997*. Porto Alegre, 1997.

_____. Secretaria Municipal de Saúde. Conselho Municipal de Saúde. *10 anos do CMS 1992/2002: uma década de lutas e realizações no exercício do controle social do SUS*. Porto Alegre, 2003.

_____. Secretaria Municipal de Saúde. Lei Complementar n.º 277, de 1992. Cria o Conselho Municipal de Saúde de Porto Alegre. [S.l.: s.n.], 1992.

RÉOS, Janete C. *Participação em saúde na gerência distrital 5 de Porto Alegre: Glória/Cruzeiro/Cristal (1980-2000)*. 2003. Dissertação (Mestrado)–Programa de Pós-Graduação em Sociologia, Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2003.

SCHERER-WARREN, Ilse. *Cidadania sem Fronteiras: ações coletivas na era da globalização*. São Paulo: Hucitec, 1999.

SCHERER-WARREN, Ilse; KRISCHK, P. (Orgs.). *Uma revolução no Quotidiano?: os novos movimentos sociais na América do Sul*. São Paulo: Brasiliense; Porto Alegre: IFCH/UFRGS, 1998.

SILVA, Marcelo K. *Construção da Participação popular: análise comparativa de processos de participação social na discussão pública do orçamento em municípios da região Metropolitana de Porto Alegre/RS*. 2001. Tese (Doutorado)–Programa de Pós-Graduação em Sociologia, Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2001.

TATAGIBA, Luciana. Os conselhos gestores e a democratização das políticas públicas no Brasil. In: DAGNINO, Evelina (Org.). *Sociedade civil e espaços públicos no Brasil*. São Paulo: Paz e Terra, 2002, p. 47-103.

CONSELHOS LOCAIS DE SAÚDE EM JEQUIÉ: AVANÇOS E DESAFIOS NA EFETIVAÇÃO DO PODER POPULAR

Autora: Aline Almeida dos Santos

Introdução

Este artigo é resultado da minha monografia de conclusão do curso de Enfermagem da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (Uesb), em novembro de 2005. A participação popular na gestão do SUS e os caminhos para a sua efetivação constituem o tema central deste estudo, visto que as nossas discussões são pautadas, sobretudo, na realidade de uma instituição de relevância neste contexto, que é o conselho local de saúde (CLS).

Sabemos que os conselhos locais de saúde constituem instrumentos importantes para o fortalecimento e a efetivação do controle social da saúde no município de Jequié (BA), assim como em qualquer outro município brasileiro, uma vez que permitem maior aproximação da população com as questões de saúde, facilitando o envolvimento entre os atores sociais do SUS (a comunidade, os profissionais e o gestor), além de contribuir com as ações do conselho municipal de saúde, favorecendo a organização popular de forma descentralizada e, portanto, mais efetiva.

Entretanto, apesar de acreditarmos na proposta dos CLS e que estes venham a se constituir em estratégias modificadoras da realidade de saúde da comunidade, reconhecemos que esse processo é bastante complexo de ser alcançado na prática. Assim, tornam-se necessários investimentos na política de saúde local, sobretudo nestes espaços legais de efetivação da gestão democrática.

Objetivos

Averiguar a situação dos conselhos locais de saúde existentes no ano de 2005 no município de Jequié, conhecendo o perfil dos conselheiros locais de saúde e suas percepções acerca da importância e da função desses CLS, bem como os avanços e os desafios encontrados para a consolidação destes no município de Jequié.

Metodologia

Trata-se de uma pesquisa qualitativa e exploratória de caráter descritivo. Os sujeitos da pesquisa foram conselheiros integrantes dos CLS existentes no município de Jequié. Utilizamos a entrevista semi-estruturada para a obtenção das informações, que foram analisadas e categorizadas mediante a técnica de análise de conteúdo de Bardin/77.

Resultados

Deste estudo emergiram cinco categorias: (1ª) a saúde sob a ótica dos conselheiros; (2ª) os CLS enquanto estratégia da política de saúde; (3ª) os conselhos locais de saúde ativos (CLSA) e em transição (CLST); (4ª) empecilhos para a consolidação dos CLS; (5ª) sentimentos e propostas dos conselheiros frente aos CLS.

Mediante a análise das falas categorizadas, constatamos que a formação dos CLS representou um ganho para o município de Jequié, atuando na melhoria da saúde da população. Verificamos que, de um modo geral, esses CLS necessitam de mais atenção da Secretaria Municipal de Saúde e do Conselho Municipal de Saúde, já que estes vêm enfrentando dificuldades na sua estruturação e organização. Por fim, a capacitação dos conselheiros e da comunidade foi citada como um dos princípios indispensáveis para a consolidação efetiva desses espaços.

Conclusão

Vale salientar que a tentativa de descrever a situação dos CLS de Jequié tem por princípio contribuir para a consolidação desses espaços. Dessa forma, permite que estes alcancem a sua função básica de instrumentos ativos de participação popular na gestão do SUS e na construção de sujeitos coletivos atuantes na gestão das políticas públicas de saúde. Assim, possibilita a sensibilização dos profissionais de saúde, do gestor e de toda a comunidade para esse contexto do controle social.

Nesse sentido, na tentativa de expressar o significado da participação popular na gestão do SUS, deixaremos o fragmento da poesia “Utopia da Igualdade” como conclusão deste estudo:

Celebrar o controle social e a cidadania é um ato que requer paixão pelos ideais da Reforma Sanitária e, acima de tudo, compromisso com a saúde coletiva.

[...]

*Mas como evitar que este ideal seja letra morta
e esquecida no caminho?*

[...]

*Devemos sempre lembrar
Que um dia defendemos a participação popular
e acreditamos que saúde não se escreve sozinho,
pois o “eu” é muito frágil...*

Conjuguemo-la, então, no plural!

[...]

*É neste embalo que o sonho de igualdade encontra sentido:
na utopia de uma canção cantada em pé e de mãos dadas!*

[...]

Oxalá

*Seja eu uma das pessoas
Que permitam o plural
E celebrem a utopia
De um mundo melhor!*

Referências

ACIOLE, Giovane Gurgel. Algumas questões para o debate do controle social no Sistema Único de Saúde. *Rev. Saúde em Debate*: Revista do Centro Brasileiro de Estudos em Saúde, Rio de Janeiro, ano 27, v. 27, n. 63, jan./abr. 2003.

ALMEIDA, Célia. Arouca: professor, líder, amigo e ‘cumpadre’. *Revista de Mangueiras*: Arouca, uma vida dedicada a Saúde Pública, Rio de Janeiro, ano 1, n. 3, nov.2003.

BARDIN, Laurence. *Análise de Conteúdo*. Lisboa: Edições 70, 1977.

BRASIL. Lei n.º 8.080, de 19 de setembro de 1990. Lei Orgânica da Saúde. *Diário Oficial da União*, Poder Executivo, Brasília, DF, 20 set. 1990.

_____. Lei n.º 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. *Diário Oficial da União*, Poder Executivo, Brasília, DF, 31 dez. 1990.

_____. Ministério da Saúde. *12ª Conferência Nacional de Saúde*: teses do CONASEMS. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

_____. Ministério da Saúde. *Guia do Conselheiro*: curso de capacitação de conselheiros estaduais e municipais de saúde. Brasília, 2002.

_____. Ministério da Saúde. *Plenárias Nacionais de Conselhos de Saúde*: resgate histórico do controle social no SUS. Brasília, 2004.

_____. Ministério da Saúde; Conselho Nacional de Saúde. *Resolução n.º 333, de 4 de novembro de 2003*. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. Análise crítica das contribuições da Saúde Coletiva à organização das práticas de saúde no SUS. In: FLEURY, S. *Saúde e Democracia*: a luta do CEBES. São Paulo: Lemos Editorial, 1997.

CARVALHO, Antônio Ivo. *Conselhos de Saúde no Brasil*: participação cidadã e controle social. Rio de Janeiro: Fase/IBAM, 1995.

_____. Conselhos de Saúde, Responsabilidade Pública e Cidadania: a Reforma Sanitária como Reforma do Estado. In: FLEURY, S. *Saúde e Democracia*: a luta do CEBES. São Paulo: Lemos Editorial, 1997.

CARVALHO, Brígida Gimenez et al. Controle Social em Saúde. In: ANDRADE, S. M. et al. *Bases da Saúde Coletiva*. Londrina: Editora UEL, 2001.

CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 9., 1992, Brasília. *Relatório final*. Brasília: Ministério da Saúde, 1992.

CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE: o Brasil falando como quer ser tratado, 11., 2003, Brasília. *Relatório final*. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

DEMO, Pedro. *Participação é conquista*: noções de política social participativa. 2. ed. São Paulo: Cortez, 1993.

FELISBINO, Janete Elza; NUNES, Elisete Pereira. *Saúde da Família*: planejando e programando a saúde nos municípios. Tubarão: Editora Unisul, 2000.

FLEURY, Sonia. A Questão Democrática na Saúde. In: FLEURY, S. *Saúde e Democracia*: a luta do CEBES. São Paulo: Lemos Editorial, 1997.

INSTITUTO BRASILEIRO DE DEFESA DO CONSUMIDOR. *O SUS pode ser seu melhor plano de saúde*. 2. ed. Brasília, 2003.

- JACOBI, Pedro. *Movimentos Sociais e Políticas Públicas: demandas por saneamento básico e saúde*, São Paulo, 1974-84. São Paulo: Cortez, 1989.
- JORNAL DA 12 CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE. Brasília: Ministério da Saúde, n. 3, out. 2003.
- LEOPARDI, Maria Tereza. *Metodologia da pesquisa na saúde*. Santa Maria: Pallotti, 2001.
- MINAYO, Maria Cecília de Souza et al. *Pesquisa Social: teoria, método e criatividade*. 21. ed. Petrópolis: Vozes, 2002.
- PAIM, Jairnilson Silva. A Reforma Sanitária e os Modelos Assistenciais. In: ROUQUAYROL, M. Z.; ALMEIDA FILHO, N. de. *Epidemiologia & Saúde*. 5. ed. Rio de Janeiro: Medsi, 1999.
- PERUZZO, Cícília Maria K. *Comunicação nos movimentos populares: a participação na construção da cidadania*. Petrópolis, RJ: Vozes, 1998.
- SEMINÁRIO NACIONAL DE SAÚDE E AMBIENTE COM CONTROLE SOCIAL, 1., 2003, Brasília. *I Seminário Nacional de Saúde e Ambiente com Controle Social*: 16, 17 e 18 de Junho de 2003. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.
- SPOSATI, Aldaíza; LOBO, Elza. Controle Social e políticas de saúde. *Cad. Saúde Pública*, [S.l.], v. 8, n. 4, p. 366-378, out./dez. 1992.
- VALLA, Victor Vincent; STOTZ, Eduardo Navarro. *Participação Popular, educação e saúde: teoria e prática*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1993.
- VASCONCELOS, Eymard Mourão. *Educação popular e atenção à saúde da família*. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2001.
- WESTPHAL, Márcia Faria; ALMEIDA, Eurivaldo Sampaio de. *Gestão de Serviços de Saúde: descentralização, municipalização do SUS*. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 2001.
- ZUCCO, Luciana Patrícia; CAVALCANTI, Ludmila Fontenele. Elementos para análise da política de saúde na década de 1990: os assistentes sociais como atores na construção do espaço público. *Rev. Saúde em Debate*: Revista do Centro Brasileiro de Estudos em Saúde, Rio de Janeiro, v. 26, n. 62, p. 282-289, set./dez. 2002.

REDE SOCIAL E PROMOÇÃO DA SAÚDE DOS “DESCARTÁVEIS URBANOS”

Autora: Sandra Regina Vilchez da Silva

Co-autores: Eduardo Sodre de Souza

Ana Maria Caricari

Introdução

Um dos efeitos negativos da globalização é o acúmulo de capital e riquezas, que culmina na desigualdade e na exclusão social. Nesse cenário podemos assistir, principalmente nas grandes cidades dos países em desenvolvimento, ao aumento da população em situação de rua. Só na cidade de São Paulo existem cerca de 10.000 pessoas que vivem na e da rua.

A participação sistemática do setor Saúde na atenção a essa população, iniciada na cidade de São Paulo em 2004, é um fator importante para a composição de uma rede de serviços pautada nos princípios de universalidade, equidade e integralidade do Sistema Único de Saúde (SUS). Historicamente, o atendimento às pessoas em situação de rua tem sido realizado por entidades sociais de cunho religioso e/ou filantrópico e pela Secretaria de Assistência Social.

Trata-se de um problema de grande complexidade, sendo necessária a formação de uma rede social pautada em parcerias, ações integradoras, intersetoriais, que construam a emancipação dos sujeitos na perspectiva da promoção da saúde.

Objetivo

Este trabalho tem como objetivo diagnosticar as instituições públicas ou as entidades civis sem fins lucrativos que atendem à população adulta em situação de rua no centro da cidade de São Paulo. Além disso, tem por finalidades: 1) identificar seus objetivos, as ações desenvolvidas e a articulação entre as instituições; e 2) colaborar no fortalecimento de uma rede e na construção de um modelo que preconize: 2.1) as ações integrais; 2.2) o envolvimento dos diversos setores (intersectorialidade); 2.3) a identificação de sujeitos ou agentes de transformação; e 2.4) a participação de todos nas decisões.

Metodologia

Utilizou-se a pesquisa-ação, uma metodologia participativa. Desenvolveu-se, com os representantes das instituições, uma oficina de sensibilização com técnicas de dramatização inspiradas no Teatro do Oprimido, de Augusto Boal, o que possibilitou a captação de emoções e subjetividades. Outros instrumentos utilizados foram um questionário semi-estruturado e um sociograma. Obtivemos, assim, dados para uma análise quali-quantitativa.

Resultados

Diante da hipótese de que a realidade atual seja formada, ainda, por práticas isoladas, assistencialistas e centralizadas que sustentam e cronificam a situação de rua, temos dados que mostram que há uma mudança gradativa do modelo assistencialista para o da emancipação da pessoa em situação de rua, embora haja ainda a imposição de valores e a predominância do saber técnico, o que abafa a voz dessa população.

Conclusão

Sendo assim, concluiu-se que há a possibilidade e o interesse nessa mudança, que a constituição de uma rede facilita esse processo e pode contribuir para a construção de políticas públicas específicas e eficazes, que só serão possíveis com discussões, reivindicações e ações que possam convergir para um ponto comum: promover a saúde da população em situação de rua.

Referências

- AMMANN, S. B. *Participação social*. São Paulo: Cortez e Moraes, 1979.
- BOAL, A. *Teatro do oprimido e outras poéticas políticas*. Rio de Janeiro: Civilizações Brasileiras, 1991.
- BUSS, P. M. Promoção da Saúde e qualidade de vida. *Revista Ciência & Saúde Coletiva*, [S.l.], v. 5, n. 1, p. 163-177, 2000.
- BYDLOWSKI, C. R.; WESTPHAL, M. F.; PEREIRA, I. M. T. B. Promoção da Saúde. Porque sim e porque ainda não! *Saúde e Sociedade*, [S.l.], v. 13, n. 1, p. 14-24, jan./abr. 2004.
- ESCOREL, S. *Vidas ao léu: trajetórias da exclusão social*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1999.
- MINAYO, M. C. S. et al. *Pesquisa Social*. 21. ed. Rio de Janeiro: Editora Vozes, 2002. 80 p.
- SÃO PAULO. Secretaria de Assistência Social (SAS); Fundação e Instituto de Pesquisa Econômica (FIPE). *Censo dos moradores de rua da cidade de São Paulo*. São Paulo, 2003.
- SCHLITHLER, C. R. B. *Redes de desenvolvimento comunitário: iniciativas para a transformação social*. São Paulo: Global/IDIS –Instituto para o Desenvolvimento de Investimento Social, 2004.
- THIOLLENT, M. *Metodologia da Pesquisa-Ação*. 9. ed. São Paulo: Cortez, 2000. 108 p.
- VARANDA, V. Descartáveis urbanos: discutindo a complexidade da população de rua e o desafio para políticas públicas de saúde. *Saúde e Sociedade*, [S.l.], v. 13, n. 1, p. 56-67, jan./abr. 2004.

ABRINDO CAMINHOS PARA A GESTÃO PARTICIPATIVA: A CONTRIBUIÇÃO DA SOCIOPOÉTICA¹

Autoras: Lia Carneiro Silveira

Maria Rocineide Ferreira da Silva

Co-autoras: Arisa Nara Saldanha de Almeida

Georgia Maria Viana Brasileiro

Monyk Neves de Alencar

Simara Moreira de Macedo

A gestão participativa é uma construção social que supera o poder tradicional. Dessa forma, todos os protagonistas são co-responsáveis pela construção de políticas públicas. Adotando-se como métodos a pluralidade, a co-responsabilidade e o envolvimento amplo da sociedade, é possível construir e dar visibilidade ao espaço comum a todos (BRASIL, 2005).

Esta nova proposta é marcada pela construção de sistemas de co-gestão, que se apresentam como proposta de democratização das relações de poder entre as pessoas. Segundo Campos (2000), isso se caracteriza pela capacidade de operar mudanças no cenário da compreensão e da dinâmica das políticas de saúde. Com base nessa perspectiva, não só são construídos espaços de exercício democrático, mas, principalmente, são abertos espaços para processos singulares de subjetivação.

Incentivar as pessoas a participar ativamente das decisões políticas tem sido um dos desafios encontrados na implantação e na efetivação dos princípios que norteiam o Sistema Único de Saúde (SUS), pois implica uma mudança cultural, política e econômica dos modos de pen-

¹ Este trabalho faz parte de uma pesquisa desenvolvida com recursos do MS/Decit/Funcap.

sar as relações e o poder. Nesse movimento, as pessoas se descobrem como sujeitos políticos, capazes de contribuir com a transformação da realidade.

Para que tais transformações ocorram, precisamos estar constantemente reinventando dispositivos e estratégias que mobilizem a participação social, considerando os processos de subjetivação envolvidos. Entre esses dispositivos, encontramos na abordagem sociopoética uma ferramenta oportuna.

A sociopoética é uma abordagem teórico-metodológica que objetiva proporcionar uma análise crítica da realidade social pela expressão da transversalidade dos desejos e dos poderes que agem na vida cotidiana (GAUTHIER, 1999). Ao trabalhar coletivamente esses aspectos, ela permite aos envolvidos uma apropriação dos saberes e das informações acerca dos seus direitos, contribuindo, assim, para maior autonomia nos processos *co-gestivos*.

Este estudo tem como objetivo apresentar a abordagem sociopoética como dispositivo de deflagração dos processos *co-gestivos*. Sendo assim, descrevemos o método de pesquisa e exemplificamos nossa afirmação a partir de uma pesquisa sociopoética, desenvolvida em um centro de atenção psicossocial (Caps) do município de Fortaleza (CE), acerca da temática da gestão participativa nesse serviço.

A sociopoética trabalha com a valorização do corpo todo como passível de desencadear potências criadoras. Isso implica reconhecer que não somente a razão, mas também a intuição, a emoção, a sensualidade e a sensibilidade estão implicadas no processo de produção da realidade. Essa produção de saberes é proporcionada mediante a utilização da criatividade de tipo artístico. A arte é utilizada na construção de dispositivos que propiciam o surgimento de inovações e de singularidades.

O dispositivo do grupo pesquisador é a alma da sociopoética e segue algumas etapas, a saber: negociação, momento de produção dos dados, momento de análise, contra-análise e socialização. Essas etapas serão descritas, a seguir, à medida que iremos exemplificá-las com base nas situações vivenciadas em um centro de atenção psicossocial.

A experiência da sociopoética na discussão da gestão

O primeiro momento do método da sociopoética é a aproximação com o campo de intervenção/pesquisa. Nesta etapa é realizada toda a negociação acerca de como se dará o processo. O estudo apresentado

como exemplo foi realizado em novembro de 2005, em um dos centros de atenção psicossocial do município de Fortaleza (CE), e se propunha a discutir as questões relativas à gestão e à participação nesse serviço.

Na etapa de produção, utilizamos técnicas/dispositivos que permitiram fazer funcionar os princípios da sociopoética. Esse momento destina-se a sensibilizar o corpo, a desligar a atenção de assuntos externos e a favorecer a concentração no tema a ser discutido (neste caso, os temas de gestão e participação). Em seguida, o grupo discute sobre essa etapa de produção.

A fala dos membros do grupo foi gravada e transcrita, compondo então um corpo de material que foi analisado a partir da proposta da sociopoética. O objetivo dessa análise é a identificação dos “confetos” produzidos pelo grupo. O termo “confeto” é um neologismo formado pela junção das palavras “conceito” e “afeto”. Em seguida, apresentamos os confetos produzidos pelo grupo.

- **O Caps de antes e o de agora** – O momento atual é vivenciado pelo grupo como um instante de ruptura. Há uma quebra no cotidiano do serviço, que o faz se dividir entre o Caps de antes e o de agora, pois muitas atividades que vinham acontecendo deixaram de acontecer.
- **A névoa** – Refere-se a uma situação na qual os problemas existem e são muito discutidos, mas isso é feito na cozinha, no refeitório, nos corredores, de maneira informal e anônima. Essa informalidade dá margem a muitas manipulações, a jogos de intrigas e à busca de favores. São muitas linhas que se cruzam nos espaços do não-dito ou do que é dito na névoa.
- **A sala fantasma** – A sala fantasma é representada por todos os espaços coletivos de discussão na unidade: eles existem, mas são ausentes. As reuniões de equipe são voltadas apenas para os aspectos técnicos. Não se abre um espaço para se discutir o que realmente está incomodando, e as reuniões vão se esvaziando.

Como podemos perceber, os aspectos abordados nesses três confetos estão inter-relacionados e caracterizam uma situação complexa vivenciada pelo grupo em um determinado momento histórico. Cada um deles trata de linhas de afetos, poderes e saberes que perpassavam a atual realidade sem que, no entanto, pudessem ser discutidas. Entretanto, no cotidiano do serviço, o fato de que esses afetos não são explicitados não os torna mais fracos. Pelo contrário, extraem sua potência exatamente da impossibilidade de que sejam ditos.

A proposta deste estudo partiu da premissa de que a abordagem da sociopoética, ao considerar o caráter *auto-gestivo* e a dimensão subjetiva, pode contribuir para a deflagração de processos de participação popular. Tal capacidade é potencializada com a criação de espaços que facultam e estimulam a livre expressão, a dinâmica do diálogo, o respeito à diversidade de opiniões e a tomada de decisões coletivas.

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Participativa. *A sociedade e a construção do SUS*. Brasília, 2005.

CAMPOS, G. W. S. *Um método para análise e co-gestão de coletivo*: a constituição do sujeito, a produção de valor de uso e a democracia em instituições. 3. ed. São Paulo: Hucitec, 2000.

GAUTHIER, J. H. M. *Sociopoética*: encontro entre arte, ciência e democracia na pesquisa em ciências humanas e sociais enfermagem e educação. Rio de janeiro: Editora Escola Ana Nery/UFRJ, 1999.

A CONTRIBUIÇÃO DAS ATIVIDADES FÍSICAS, INTELECTUAIS E LÚDICAS NA MELHORIA DA QUALIDADE DE VIDA DOS IDOSOS SOB A LUZ DA PROMOÇÃO À SAÚDE: ANÁLISE DO PROGRAMA QUALIDADE DE VIDA

Autora: Karla Maria Carmona Queiroz

Co-autores: Roseane Simão Dias Chaves

Oviromar Flores

Uma das mais importantes mudanças demográficas que o Brasil experimentou ao se encerrar o século XX foi o acentuado envelhecimento da estrutura etária da população, o que trouxe como consequência maior presença relativa e absoluta da população de 60 anos de idade e mais no país. Devemos esclarecer que entre os fatores que propiciam o crescimento da população de idosos destacam-se: a melhoria da condição de vida da população nos aspectos de saneamento básico, higiene e alimentação, a redução da natalidade e a redução da morbidade e da mortalidade.

O trabalho elaborado procurou evidenciar os aspectos educativos das atividades multidisciplinares desenvolvidas no Programa Qualidade de Vida, com sede na Associação do Pessoal da Caixa Econômica Federal do Distrito Federal (APCEF/DF), analisar as abordagens adotadas para a prática educativa em saúde, expressa nas bases filosóficas e metodológicas que orientam o programa, além de observar as percepções do grupo de participantes (idosos) sobre o Programa Qualidade de Vida, bem como sua satisfação e as mudanças ocorridas desde seu ingresso.

Esta pesquisa constou de um estudo de caso de tipo exploratório, de

caráter qualitativo, que teve como propósito a análise da prática educativa em saúde desenvolvida no Programa Qualidade de Vida. As técnicas de coleta de dados tiveram como base: 1) o grupo focal; 2) a análise documental; 3) as entrevistas semi-estruturadas; e 4) a observação participante.

O processo de autonomização/empoderamento/inclusão do idoso mediante uma estratégia na qual predominam os componentes de desenvolvimento pessoal, por certo, não esgota a problemática da sua exclusão, visto que em última análise este fenômeno refere-se ao modo de produção, ou seja, à crescente redução do espaço do idoso no tecido social.

Contudo, verificou-se que a questão da autonomização do idoso, focalizada na prevenção e na promoção da funcionalidade, mediada por uma estratégia de desenvolvimento pessoal, pode revestir-se de efetividade, como é no presente caso. Se isso é verdadeiro, podemos inferir também que, mesmo em uma perspectiva mais radical e problematizadora, os propósitos defendidos pelo Programa Qualidade de Vida, ainda que parciais, podem constituir um caminho a ser percorrido e ampliado na perspectiva da transformação social e da superação da condição do idoso na sociedade brasileira hoje.

Por meio desta pesquisa, os autores pretenderam contribuir para o despertar da importância de uma transformação social, na perspectiva da integração do idoso em todos os espaços sociais.

Referências

- BRASIL. Ministério da Saúde. *Estatuto do Idoso*. Brasília, 2003.
- CARVALHO, M. C. M. *Metodologia científica fundamentos e técnicas: construindo o saber*. 6. ed. Campinas, SP: Papirus, 1997.
- FREIRE, P. *Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa*. São Paulo, SP: Paz e Terra, 1996.
- GARCIA, C. L. L. M. et al. *Manual para elaboração de trabalhos acadêmicos*. Rio de Janeiro, RJ: Núcleo de Orientação à Pesquisa e Edição, 2003.
- MELO, M. L. *Introdução à metodologia científica*. Belém, PA: Gráfica Sagrada Família, 1980.
- MINAYO, M. C. S.; COIMBRA JÚNIOR, C. E. A. *Antropologia, saúde e envelhecimento*. Rio de Janeiro, RJ: Fiocruz, 2002.
- REGO, T. C. *Vigotski: uma perspectiva histórico-cultural da educação*. Rio de Janeiro, RJ: Vozes, 1995.

SAFONS, M. P. *Fundamentos, procedimentos e análise de um programa de atividade física para a terceira idade*. 2003. Tese (Doutorado em Ciências da Saúde)–Universidade de Brasília, Brasília, 2003.

SPECTOR, N. *Manual para a redação de teses, projetos de pesquisa e artigos científicos*. 2 ed. Rio de Janeiro, RJ: Guanabara Koogan, 2001.

STOTZ, E. N. *Enfoques sobre educação e saúde*. [S.l.: s.n.], 1990.

TRAUTH, Eileen M.; O'CONNOR, Barbara. *A study of the interaction between information technology and society: an illustration of combined qualitative research methods*. [S.l.: s.n.], 2000. Disponível em: <<http://www.cba.neu.edu/~etrauth/works/ifip5.txt>>.

ZIMERMAN, G. I. *Velhice Aspectos biopsicossociais*. Porto Alegre: Artmed Editora, 2000.

MOVIMENTO DE SAÚDE E SUS: O PAPEL DA COMISSÃO PRÓ-SUS NO PROCESSO DE DESCENTRALIZAÇÃO E INSTITUCIONALIZAÇÃO DA SAÚDE EM TERESINA (1988/1996)

Autora: Iracilda Alves Braga

O presente artigo é parte da minha dissertação de mestrado, intitulada “Descentralização da Saúde em Teresina: Movimentos Sociais e Sistema Único de Saúde (SUS) no período de 1988 a 1996”, defendida em 26 de agosto de 2005, vinculada à linha de pesquisa “Estado, Sociedade e Políticas Públicas”, do mestrado em Políticas Públicas da Universidade Federal do Piauí. Nesse sentido, nós nos dedicamos a estudar o papel da Comissão Pró-SUS no processo de descentralização e institucionalização da Saúde em Teresina (PI).

Este trabalho tomou como referência o principal avanço ocorrido no campo da Saúde Pública brasileira, consignado na Constituição Federal de 1988 e nas leis subseqüentes que regulamentaram a matéria, destacando, nesse contexto, a saúde como direito de cidadania e dever do Estado, que, na perspectiva do SUS, apresenta um caráter universal, integral, equânime e com participação/controle da sociedade organizada.

Ao analisar os movimentos de saúde (popular/social, sindical e técnico-sanitarista) no Piauí, pudemos perceber uma característica importante inerente a esses movimentos – a capacidade de articulação. Desde a década de 1980, esses movimentos se organizaram de modo a atuar articulados: Articulação Estadual de Saúde, Comissão Pró-Conselho e Comissão Pró-SUS. Sendo assim, para analisar a atuação do movimento de saúde em Teresina, optamos por esses espaços de articulação, en-

tendendo que eles abrangem o conjunto dos movimentos que atuaram no Piauí no período de 1988 a 1996.

Nesse sentido, adotamos a nomenclatura de Comissão Pró-SUS, último nome adotado pela comissão no período e pelo qual ela é conhecida até hoje. Os objetivos da Comissão Pró-SUS eram deflagrar o processo de implantação do SUS e influenciar esse processo, de modo que ele transcorresse na forma da lei e com participação da sociedade. Diante dos seus objetivos, a Comissão Pró-SUS, de acordo com a análise dos documentos e dos depoimentos colhidos, cumpriu seu papel inicial. Ainda na década de 1980, quando era conhecida por Comissão de Saúde e toda a sua mobilização dependia das articulações do Movimento Popular de Saúde (Mops), até a criação da Comissão Pró-Conselho (de 1989 a 1993), conseguiu congregar um número significativo de entidades do movimento de saúde.

É importante destacar, em primeiro lugar, que, ao analisar o papel dos movimentos de saúde do Piauí, nós deparamos com um movimento que, além de protagonista, foi o autor de sua história. Desse modo, para contar a história da construção do presente estudo, tivemos que recorrer ao próprio movimento: seus atores, seus documentos, seus ecos.

O movimento Pró-SUS teve uma atuação no que diz respeito à formulação e à implantação do SUS em Teresina, no final da década de 1980 e início da década de 1990, e continuou sua trajetória de participação a partir de 1993, principalmente por intermédio dos Conselhos Estaduais e Municipal de Saúde de Teresina e das Conferências Municipais e Estaduais de Saúde. Fato que para nós evidencia a institucionalização da participação política.

No que diz respeito à luta específica pela implantação do Sistema Único de Saúde e dos Conselhos Municipal e Estadual de Saúde, de fato, o movimento já havia cumprido seu papel, uma vez que seus objetivos foram alcançados: implantação do SUS, criação dos conselhos e realização das conferências de saúde. Nesse sentido, é inegável a contribuição da Comissão Pró-SUS.

O desenho do Estado descentralizado é mais um desafio do que uma materialização na sociedade brasileira. A forma como esta sociedade vem construindo esse processo é diversificada e tem alcançado resultados diferenciados, conforme pudemos constatar.

Pudemos também observar que, em Teresina, a iniciativa de descentralização parte da iniciativa dos movimentos sociais e só posteriormente, com o advento da institucionalização, o governo do PSDB assume a proposta.

Referências

- ARRETCHE, Marta; RODRIGUEZ, Vicente (Orgs.). *Descentralização das políticas sociais no Brasil*. São Paulo: FUDNAP/FAPESP; Brasília: IPEA, 1999.
- BRAGA, Iracilda Alves. *Descentralização da saúde em Teresina: movimentos sociais e Sistema Único de Saúde (SUS) no Período de 1988 a 1996*. 2005. Dissertação (Mestrado)–Universidade Federal do Piauí, Teresina, 2005.
- MELUCCI, Alberto. *A invenção do presente: movimentos sociais nas sociedades complexas*. Petrópolis: Vozes, 2001.
- TEIXEIRA, Elenaldo. *O local e o global: limites e desafios da participação cidadã*. 3. ed. São Paulo: Cortez, 2002.

CONTROLE SOCIAL NO SUS: PARTICIPAÇÃO ENQUANTO INSTRUMENTO PARA DESENVOLVIMENTO DO CAPITAL SOCIAL

Autora: Evania Freires Galindo

As duas últimas décadas do século XX foram palco de grandes transformações na estrutura político-social do Brasil. Os anos 1980 demarcaram mudanças no cenário político, econômico e social do País, bem como no modo de intervenção do Estado e de atuação da sociedade civil. No contexto da política pública de saúde, algumas modificações foram gestadas ao longo da década, culminando na construção de uma nova concepção de saúde e na sua inserção no texto constitucional – como direito de cidadania e dever do Estado.

Na década de 1990, fundada na lógica da globalização e do neoliberalismo, a luta dos segmentos sociais baseou-se na preservação das conquistas. Mas, no âmbito da política pública de saúde, evidenciaram-se alguns avanços: o processo de descentralização político-administrativa, a municipalização das ações e dos serviços de saúde, a inserção da participação popular na definição da política na esfera local, estadual e federal, entre tantas outras.

E no século XXI, que cenário se apresenta para a política pública de saúde no tocante ao controle social? Que desafios estão sendo gestados, na prática, para o avanço da participação social? Como construir estratégias para desenvolvimento do capital social?

Estas são as questões que norteiam o presente trabalho, partindo-se da premissa de que a participação representa elemento fundamental no processo de transformação social – por constituir-se num instrumento

de ação política e de ação pedagógica. Desse modo, o objetivo do artigo é tecer uma reflexão crítica acerca do controle social no SUS, enfocando a participação como instrumento para desenvolvimento do capital social.

Ao tecer uma reflexão crítica acerca do controle social no SUS – com base numa abordagem histórico-conceitual e numa análise do exercício da participação enquanto instrumento para desenvolvimento do capital social –, este artigo se propõe a contribuir com o fortalecimento e a qualificação das instâncias de controle social.

Para tanto, o artigo traz resultados concretos da experiência vivenciada na monitoria do Curso de Capacitação de Conselheiros Estaduais e Municipais de Saúde, no estado de Pernambuco, durante o período de novembro de 2002 a março de 2004, como elemento para subsidiar a reflexão crítica acerca da temática, com o intuito de que as lições aprendidas possam subsidiar tanto a discussão quanto a efetivação de outras experiências, possibilitando a emergência de novos elementos para o enriquecimento do debate, de modo a contribuir com a construção do conhecimento sobre a prática do controle social em nosso País.

O exercício do controle social no SUS perpassa as dimensões histórica, política e ideológica da construção democrática, não se constituindo em algo estabelecido, pelo contrário: constitui-se num processo segundo o qual a incorporação de novos sujeitos e a qualificação da prática participativa são requisitos primordiais para o desenvolvimento do capital social.

Como todo processo social, ele é permeado por conflitos e contradições, avanços e recuos, numa interação dialética, o que requer dos sujeitos envolvidos uma permanente construção de práticas que viabilizem o exercício democrático. Desse modo, não podemos perceber os conselhos de saúde como a ‘salvação’ da política pública de saúde, acreditando que sua prática irá resolver os problemas gestados ao longo de toda uma história marcada por experiências anti-democráticas, mas, por outro lado, também não podemos desmerecer as conquistas obtidas, que imprimem um novo caráter, de cunho democrático e participativo, à política de saúde.

Isto porque a participação do cidadão na esfera pública – enquanto pilar básico do exercício da cidadania – é o que possibilita a concretização do sujeito-cidadão. Mas, para tanto, faz-se necessário “ascender ao *simbólico-ético* e ao *simbólico-político*, ou seja, à linguagem, ao discurso e à fala. Chegamos a um tempo em que a nossa melhor arma é o VERBO” (DÂMASO, 1996, p. 285 apud GALINDO, 2001, p. 24).

Nesse sentido, para o efetivo controle social no SUS, com vistas ao desenvolvimento do capital social, é imprescindível considerar a inter-relação do setor Saúde com as demais esferas da sociedade política e civil, imprimindo uma participação fundada não apenas na reivindicação, mas também na proposição, sendo indispensáveis o conhecimento e a informação, numa dimensão ética, política, legal e educativa.

Referências

- BAQUERO, Marcello. Construindo uma outra sociedade: o capital social na estruturação de uma cultura política participativa no Brasil. *Revista de Sociologia Política*, Curitiba, v. 21, p. 83-108, 2003.
- BRASIL. Lei n.º 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. *Diário Oficial da União*, Poder Executivo, Brasília, DF, 31 dez. 1990.
- CAMPOS, G. W. S. *Um método para análise e co-gestão de coletivos*. São Paulo: Hucitec, 2000.
- CARVALHO, Antônio Ivo de. *Conselhos de Saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: FASE/IBAM, 1995.
- _____. Os Conselhos de Saúde, participação social e reforma do Estado. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 3, n. 1, p. 23-25, 1998.
- DE LA MORA, L. La institucionalización de los procesos de negociación para asegurar la sustentabilidad de los proyectos de conservación urbana integrada. In: ZANCHETTI, S. M. (Org.). *Gestão do Patrimônio Cultural Integrado*. Recife: Ed. Universitária da UFPE, 2002.
- FLEURY, Sônia (Org.). *Saúde: coletiva? Questionando a onipotência do social*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1992.
- GALINDO, Evania Freires. *A intersectorialidade como requisito para construção de uma Cidade Saudável: política de Saneamento e de Saúde no Recife (gestão 2001-2004) – Estudo de Caso*. 2004. Dissertação (Mestrado em Desenvolvimento Urbano)–Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2004.
- _____. *Qualidade da atenção à saúde no Distrito Sanitário V da cidade do Recife: a visão dos usuários*. 2001. Monografia (Aperfeiçoamento/Especialização em Residência em Saúde Pública)–Centro de Pesquisas Aggeu

- Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Departamento de Saúde Coletiva, Secretaria de Vigilância em Saúde, Ministério da Saúde, Recife, 2001.
- GERSCHMAN, Sílvia. *A democracia inconclusa: um estudo da Reforma Sanitária brasileira*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995.
- GOHN, Maria da Glória M. Conselhos populares e participação popular. *Revista Serviço Social & Sociedade*, São Paulo, ano 11, n. 34, p. 65-89, 1990.
- IRIGALBA, Ana Carmem. A prática da ecologia social: a necessidade de integrar o social e o ecológico. In: GÓMEZ, José Andrés Domínguez; AGUADO, Octavio Vázquez; PÉREZ, Alejandro Gaona (Orgs.). *Serviço Social e meio ambiente*. São Paulo: Cortez, 2005. p. 11-26.
- JACOBI, Pedro. Descentralização e participação: alcances e limites da inovação no município de São Paulo. *Revista Serviço Social & Sociedade*, São Paulo, ano 14, n. 41, p. 22-38, 1993.
- LUZ, Madel Therezinha. As Conferências Nacionais de Saúde e as políticas de saúde na década de 80. In: GUIMARÃES, Reinaldo; TAVARES, Ricardo A. W. (Orgs.). *Saúde e sociedade no Brasil: anos 80*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1994. p. 125-142.
- MACIEL, Carlos Alberto Batista; CAMPOS, Edval Bernardino. Conselhos Paritários: o enigma da participação e da construção democrática. *Revista Serviço Social & Sociedade*, São Paulo, ano 18, n. 55, p. 143-155, 1997.
- MOTA, Ana Elizabeth. *Cultura da crise e seguridade social: um estudo sobre as tendências da previdência e assistência social brasileira nos anos 80 e 90*. São Paulo: Cortez, 1995.
- O'DWYER, Gilson Cantarino; MOYSÉS, Neuza M. N. Conselhos Municipais de Saúde: o direito de participação da sociedade civil? *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 3, n. 1, p. 26-27, 1998.
- OLIVEIRA, Rosalira. Reflexões sobre participação popular: aprendendo com nossos erros. In: ORGANIZAÇÕES populares e poder local. Recife: ETAPAS, 1992.
- PASSOS, Iana Maria Campelo. *Participação popular na gestão pública da saúde: um estudo de caso*. 1995. Dissertação (Mestrado em Administração Pública)–Escola Brasileira de Administração Pública e de Empresas, Fundação Getúlio Vargas, Rio de Janeiro, 1995.
- ROSAS, Daniela de Sousa; GALINDO, Evania Freires. *Representação popular no Programa Prefeitura nos Bairros: a busca de novos elementos para repensar sua atuação*. Monografia (Graduação em Serviço Social)–Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 1997.

SILVA, Ivone Maria Ferreira da. Os Conselhos de Saúde no contexto da transição democrática: um estudo de caso. *Revista Serviço Social & Sociedade*, São Paulo, ano 18, n. 55, p. 156-173, 1997.

STOTZ, Eduardo Navarro. Movimentos sociais e saúde: das dificuldades em incorporar a temática às inflexões teórico-metodológicas das Ciências Sociais. In: CANESQUI, Ana Maria (Org.). *Dilemas e Desafios das Ciências Sociais na Saúde Coletiva*. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco, 1995. p. 99-125.

VALLA, Victor Vicent. Sobre participação popular: uma questão de perspectiva. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 2, p. 07-18, 1998.

ZAIDAN, Michel. O processo de globalização e seu reflexo para o desenvolvimento local. In: POLÍTICAS Públicas em Debate. Recife: Centro Josué de Castro de Estudos e Pesquisas, 1997. v. 7, p. 3-22.

ZANCHETI, S. M. (Org.). *Gestão do Patrimônio Cultural Integrado*. Recife: Ed. Universitária da UFPE, 2002.

ZATZ, Inês Gonzaga. Desafios da sociedade na gestão participativa da água. In: SIMPÓSIO BRASILEIRO DE RECURSOS HÍDRICOS, 15., 2003, Curitiba. *Anais...* Curitiba: ABRH, 2003.

A QUESTÃO DAS DEMANDAS JUDICIAIS POR MEDICAMENTOS NO SUS

*Autor: Daniel Resende Faleiros
Co-autores: Augusto Afonso Guerra Júnior
Daniele Araújo Campos Szuster*

O acesso universal e igualitário à saúde no Brasil, assegurado por uma Constituição Federal que reforça a busca do ideal democrático por cidadãos atentos à coisa pública, bem como aos seus direitos, vem provocando várias manifestações por meio de ações judiciais fundamentadas no dispositivo legal: “saúde é direito de todos e dever do Estado”. A crescente demanda de medicamentos por meio do Poder Judiciário nos últimos anos tem levado os gestores da saúde pública no Brasil a refletir se tal fenômeno estampa o exercício da cidadania, por meio da busca do direito individual, ou se é o fruto de iniciativas no sentido de garantir interesses financeiros de particulares em detrimento da coletividade.

Este trabalho tem o objetivo de conhecer a evolução, a natureza, os valores gastos e as tendências do entendimento sentencial do judiciário no que diz respeito ao direito de acesso da população a medicamentos, de forma gratuita, pelo Sistema Único de Saúde (SUS) e investigar as possíveis interações medicamentosas contidas nas prescrições, objetos das decisões judiciais.

A pesquisa tem como fontes os dados dos expedientes administrativos da Consultoria Jurídica do Ministério Saúde, analisados mediante coleta por meio da aplicação de formulário próprio, sendo o período pesquisado de janeiro de 2003 a agosto de 2005. O estudo tem como limitação do método o fato de se tratar de uma amostra, pois foram analisados apenas os dados de processos que estavam na Consultoria Ju-

rídica. Foram utilizados para análise tabulação em base de dados em planilha Excel e a classificação Anatômica Terapêutica Química (ATC), para as interações medicamentosas analisadas, cinco ou mais medicamentos na mesma ação, o método Tatro 2005 (Drug Interaction Facts™) e, para a estimativa de gastos, consulta ao sistema BPS (Banco de Preço de Medicamentos)/DES/MS.

Foram analisados 523 expedientes administrativos, dos quais 451 (representando 87% do total) solicitavam algum tipo de medicamento. Dos 451 expedientes, 425 (representando 81% do total) mereceram análise mais aprofundada, pois apontaram pelo menos um medicamento identificado. No que diz respeito à equidade, 88% das demandas foram interpostas nas regiões Sul e Sudeste. A grande maioria das ações judiciais (70%) foi interposta por ação do tipo ordinária. Entre os 1.017 medicamentos demandados, foi possível, utilizando-se o sistema BPS, estimar o valor médio gasto para compra de 91 medicamentos, para o período de 1 ano. O valor apurado foi de aproximadamente 4 milhões de reais, sendo que 77% do total dos gastos referem-se apenas a medicamentos de 2 subgrupos farmacológicos, segundo classificação da ATC: imunossupressores responsáveis por 50%, seguidos pelos imunostimulantes, com 27%.

A via judicial propicia o exercício da cidadania e da busca dos princípios constitucionais da universalidade, da integralidade e da equidade. Entretanto, percebe-se uma lógica adversa, uma vez que 31% de todos os 1.017 medicamentos solicitados foram entregues a apenas 8% dos 425 pacientes demandantes. No que tange aos efeitos adversos de interações medicamentosas, as consequências do uso irracional de medicamentos geram demandas complexas de atenção e novos gastos para o SUS, sem citar o risco de morte dos cidadãos.

Referências

- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégico. Departamento de Economia da Saúde. *Banco de preços em saúde*. Disponível em: <<http://owssrv1.saude.gov.br/bprefd/owa/consulta.inicio>>.
- DALLARI, S. G. et al. Advocacia em saúde no Brasil contemporâneo. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 30, n. 6, p. 592-601, 1996.
- DALLARI, S. G. O direito à saúde. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 22, n. 1, p. 57-63, 1988.

DALLARI, S. G.; FORTES, P. A. C. Direito sanitário: inovação teórica e novo campo de trabalho. In: FLEURY, S. (Org.). *Saúde e democracia: a luta do CEBES*. São Paulo: Editora Lemos, 1997. p. 187-202.

FALEIROS, D. R. et al. A questão das demandas judiciais por medicamentos no SUS. *Jornada de Economia da Saúde - ABRES*, Fortaleza, v. 3, 2006. No prelo.

FALEIROS, D. R.; GUERRA JUNIOR, A. A. Ações judiciais e a responsabilidade do SUS acesso a medicamentos. In: ENCONTRO NACIONAL DO MINISTÉRIO PÚBLICO EM DEFESA DA SAÚDE, 3., 2006, Florianópolis. *Anais...* Florianópolis, 2006. Disponível em: <<http://www.ampasa.org.br/index.jsp>>. Acesso em: 11 out. 2006.

GUERRA JR., A. A. et al. Disponibilidade de medicamentos essenciais em duas regiões de Minas Gerais, Brasil. *Rev. Panam. Salud Publica*, [S.l.], v. 15, n. 3, p. 168-75, 2004.

LEITE, Ticyana Vieira. *A polifarmácia maior e o potencial de interações farmacológicas nas ações judiciais interpostas contra o Ministério da Saúde para consecução de medicamentos*. 2006. 40f. Monografia (Graduação em Farmácia)–Centro Universitário Newton Paiva, Belo Horizonte, 2006.

MAGALHÃES, José Luiz Quadros de. *Direito constitucional*. Belo Horizonte: Mandamentos, 2000. Tomo I, p. 414.

SCHEFFER, Mário. *Os planos de saúde nos tribunais: uma análise das ações judiciais movidas por clientes de planos de saúde, relacionadas à negação de coberturas assistenciais no Estado de São Paulo*. 2006. 156f. Dissertação (Mestrado)–Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2006.

SILVA, Grazielle Dias da. *Avaliação dos gastos com medicamentos de dispensação em caráter excepcional, diálises e transplante no tratamento de insuficiência renal crônica*. 2004. 80f. Monografia (Graduação em Farmácia)–Centro Universitário Newton Paiva, Belo Horizonte, 2004.

TATRO, David S. *Drug interaction facts™*. St. Louis: Facts and comparisons, 2005.

WERNECK, Luiz et al. *A Judicialização da política e das relações sociais no Brasil*. Rio de Janeiro: Revan, 1999. p. 9-70.

CONTROLE SOCIAL NO SUS: ASPECTOS CONSTITUCIONAIS E LEGAIS DOS CONSELHOS DE SAÚDE

Autora: Flávia Silva de Oliveira

A criação dos conselhos de saúde, com a participação de representantes dos usuários, dos trabalhadores de saúde, dos prestadores de serviços de saúde e do governo, representa um avanço importante no processo de democratização e fortalecimento do controle social.

Os conselhos de saúde na atualidade se constituem em espaços responsáveis pela mobilização e articulação contínuas da sociedade na defesa dos princípios constitucionais e dos dispositivos legais que fundamentam o Sistema Único de Saúde (SUS).

Por meio dos conselhos de saúde que funcionam com a participação efetiva da sociedade, reivindicando e fiscalizando, é que se obterá o direito integral e universal à saúde para o cidadão.

Estes espaços de gestão participativa foram conquistados por intermédio de lutas sociais e precisam ser fortalecidos para permitir a participação efetiva da cidadania na formulação, no monitoramento e na fiscalização da execução das políticas de saúde, mediante o estímulo aos conselhos de saúde, às conferências de saúde, aos movimentos sociais, aos mecanismos de educação permanente de conselheiros e agentes sociais e à implantação de ouvidorias.

Desse modo, a participação da comunidade deve ser fomentada, mediante esses mecanismos de fortalecimento dos espaços de participação, para que os conselheiros de saúde tenham condições de desempenhar suas atividades a contento.

Do exposto, a construção de uma gestão participativa, na qual a cidadania exerça um papel ativo no SUS, é um avanço social e tem como pressupostos a participação da população e o apoio institucional aos instrumentos de fortalecimento do controle social, sendo toda a sociedade responsável pela concretização dessa conquista.

Referências

- AROUCA, Sergio. *Reforma Sanitária*. Disponível em: <<http://bvsarouca.cict.fiocruz.br/sanitarista05.html>>. Acesso em: 12 dez. 2006.
- BATISTA JÚNIOR, Francisco. *Conselho Nacional de Saúde elege presidente pela primeira vez*. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2006/novopresidente.htm>. Acesso em: 11 dez. 2006.
- BOBBIO, Norberto. *O Futuro da Democracia*. 8. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2002.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *O SUS de A a Z: Garantindo Saúde nos Municípios*. Brasília, 2006.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. Coordenação-Geral de Apoio à Gestão Descentralizada. *Diretrizes operacionais dos pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão*. Brasília, 2006.
- _____. Ministério da Saúde; Conselho Nacional de Saúde. *Coletânea de Normas para o Controle Social no Sistema Único de Saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.
- _____. Ministério da Saúde; Conselho Nacional de Saúde. *Resolução n. 333, de 4 de novembro de 2003: Aprova as diretrizes para criação, reformulação, estruturação e funcionamento dos Conselhos de Saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.
- CARAJÁ, Eni. *Conselhos de Saúde discutem diretrizes nacionais para o controle social no SUS*. Disponível em: <<http://www.saude.se.gov.br>>. Acesso em: 18 nov. 2006.
- CARVALHO, Antônio Ivo. *Conselhos de Saúde no Brasil: participação e controle social*. Rio de Janeiro: FASE/IBAM, 1995.
- CORREIA, Valéria Costa. *Que Controle Social? Os Conselhos de Saúde Como Instrumentos*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2000.
- DALLARI, Dalmo de Abreu. *O Renascer do Direito*. São Paulo: Saraiva, 1990.

DIÁRIO DA ASSEMBLÉIA NACIONAL CONSTITUINTE. Brasília: Centro Gráfico do Senado Federal, 1987.

FERREIRA, Buarque de Holanda. *Miniaurélio Século XXI: O minidicionário da língua portuguesa*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 2000.

GAMA, Ricardo Rodrigues. *Dicionário Básico Jurídico*. Campinas: Russell, 2006.

GAVRONSKI, Alexandre Amaral. *A Participação da Comunidade como Diretriz do SUS: Democracia Participativa e Controle Social*. Trabalho de conclusão do Curso (Especialização em Direito Sanitário à distância) – Faculdade de Direito, Universidade de Brasília, Brasília, 2003.

GONÇALVES, Maria de Lourdes; ALMEIDA, Maria Cecília Puntel de. Construindo o Controle Social e a Cidadania em uma Experiência Concreta: O Conselho Municipal de Saúde de Ribeirão Preto (SP). *Revista Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 26, n. 61, 2002.

MORAES, Alexandre de. *Constituição do Brasil interpretada e legislação constitucional*. São Paulo: Atlas, 2006.

SILVA, Guilherme Rodrigues da et al. *Relatório Final da 8ª Conferência Nacional de Saúde*. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios.htm>>. Acesso em: 29 nov. 2006.

SPECK, Bruno Wilhelm. *O Papel das Ouvidorias na Avaliação das Ações e Serviços de Saúde*. Disponível em: <<http://dtr2004.saude.gov.br/ouvforum/files/Bruno%20Wilhelm%20Speck.ppt>>. Acesso em: 18 nov. 2006.

VAZQUEZ, Maria Luíza. Nível de Informação da População e Utilização dos Mecanismos Institucionais de Participação Social em Saúde em Dois Municípios do Nordeste do Brasil. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 10, set./dez. 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo.php>>. Acesso em: 14 nov. 2006.

WENDHAUSEN, Águeda. *O Duplo Sentido do Controle Social – (Des) caminhos da Participação em Saúde*. Itajaí: Universidade do Vale do Itajaí, 2002.

DIAGNÓSTICO DA QUALIDADE DA ASSISTÊNCIA PRESTADA NO SETOR DE EMERGÊNCIA DE UM HOSPITAL MUNICIPAL DE MÉDIO PORTE SOB A ÓTICA DOS ENFERMEIROS

Autor: Marco Aurélio Bach Pons

Resumo

Existe uma grande demanda no dia-a-dia das emergências que está associada à falta de funcionários necessários para a execução e a estruturação do serviço, à carência de materiais, à ausência da infra-estrutura adequada e à escassez de mecanismos de encaminhamento para cada paciente, de acordo com seu quadro clínico-patológico. Demanda que é agravada ainda por problemas organizacionais, o que cria um quadro de precariedade na prestação de serviços, ocasionando uma assistência deficiente e, por vezes, ineficaz para os pacientes. A qualidade no atendimento aos pacientes do Sistema Único de Saúde (SUS) é uma indagação freqüente nos hospitais públicos em nosso país, ocorrendo também tal quadro no hospital estudado. Com muita freqüência encontram-se emergências lotadas, com pacientes graves necessitando de assistência avançada, para a qual não se possui garantia de referência, sendo isso associado ao baixo número de funcionários e às dificuldades de gerenciamento desses serviços.

Por intermédio da atuação dos profissionais de enfermagem dos serviços de urgência/emergência, podem ser percebidas as dificuldades relevantes na qualidade da assistência prestada. Neste estudo buscou-se, com base em entrevistas com os enfermeiros atuantes, diagnosticar os nós críticos no serviço assistencial prestado por tais profissionais.

Utilizou-se o método qualitativo, com entrevista semi-estruturada, e foram buscadas informações referentes à qualidade dos serviços assistenciais prestados aos pacientes no setor de emergência de um hospital público de médio porte. De acordo com Chaves:

Considerando a frequência com que as emergências médicas ocorrem e causam óbito ou incapacitação do indivíduo, cresceu a importância do estudo do serviço de emergência, assim como a dificuldade para prevenir as situações de emergência e o grande potencial de recuperação que encerram quando não convenientemente atendidas (CHAVES et al., 1987, p. 181).

Pretendeu-se visualizar as dimensões de qualidade no atendimento, tendo em vista a acessibilidade e a resolutividade no momento do atendimento emergencial. Também buscou-se verificar qual era a percepção dos profissionais em relação à qualidade “ideal” nos serviços de emergência, noção que é subjetiva, com o propósito de abrir discussão sobre a concepção de qualidade entre os funcionários, para que estes participem de forma objetiva no planejamento do setor, visto que, segundo alude Kluck:

A busca da qualidade da atenção dos serviços de saúde deixou de ser uma atitude isolada e tornou-se hoje um imperativo técnico e social. A sociedade está cada vez mais exigindo a qualidade dos serviços a ela prestados, principalmente por órgãos públicos. Esta exigência torna fundamental a criação de normas e mecanismos de avaliação e controle da qualidade assistencial. Uma vez que a garantia da qualidade exige um maior nível de profissionalismo e, conseqüentemente, um melhor desenvolvimento técnico, a meta final de um programa de qualidade deve ser a busca da “satisfação do paciente, por intermédio de uma atenção competente, apropriada e oportuna, sem duplicação ou super-utilização dos serviços, com um mínimo de complicações ou seqüelas” (KLUCK apud NOVAES, 1992, p. 10).

Diante dos resultados, esperou-se a possibilidade de traçar diretrizes em busca de uma reorganização do setor de emergência, bem como obter a conscientização das partes envolvidas no processo de atendimento quanto ao bem-estar do paciente. De acordo com Zanon, citado por Jung (2002):

[...] do ponto de vista médico, a expectativa do paciente é a recuperação da sua saúde; é aceitável postular que, ao procurar o hospital, ele, implicitamente, espere:

- a) obter o diagnóstico definitivo da doença que o levou ao hospital e que esse diagnóstico lhe seja informado claramente (...);
- b) receber tratamento consensual, atualizado, comprovadamente eficaz (...);
- c) receber assistência de enfermagem capaz de cumprir fielmente a prescrição médica e ser tratado com carinho e respeito (...).

Nas entrevistas dos participantes fica evidenciada a percepção das precárias condições de trabalho fornecidas pela instituição: falhas na infra-estrutura, falta de organização nos processos de trabalho, ausência de capacitação de recursos humanos e reduzido contingente de pessoal, com baixa remuneração, fatores que são percebidos como fruto do descaso da administração e que têm um reflexo determinantemente negativo na qualidade da assistência prestada aos usuários do serviço de emergência do hospital.

Deve haver um diagnóstico mais apurado, de forma que envolva indicadores de qualidade, tais como: tempo médio de espera para o primeiro atendimento, tempo médio de permanência na urgência, grau de disponibilidade de informações a pacientes e familiares, proporção de internação, taxa de retorno ao serviço de urgência e taxa de mortalidade nas urgências. Tais fatos serão o marco inicial para a implementação de normas e diretrizes que objetivem a melhoria dos serviços assistenciais, a alocação de recursos e a participação dos funcionários em processos administrativos, a fim de buscar a horizontalização da participação e da humanização dos serviços prestados à população atendida por tal instituição e, em especial, pelo setor de emergência.

Referências

AMERICAN COLLEGE OF SURGEONS. *Advanced Trauma Life Support*. Chicago, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 737, de 16 maio de 2001. Aprova a política nacional de redução da morbimortalidade por acidentes e violências. *Diário Oficial da União*, Poder Executivo, Brasília, DF, 18 maio 2001.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.048, 5 de novembro de 2002. Aprova o regulamento técnico dos sistemas estaduais de urgência e emergência. *Diário Oficial da União*, Poder Executivo, Brasília, DF, 12 nov. 2002.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.923, de 9 de junho de 1998. Institui o programa de apoio a implantação dos sistemas estaduais de referência hospitalar para atendimento de urgência e emergência. *Diário Oficial da União*, Poder Executivo, Brasília, DF, 15 jun. 1998.

- CHAVES, Denise et al. Estudo Sobre Triagem no Serviço de Emergência. Revisão de Literatura. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, Porto Alegre, v. 8, p. 181-196, 1987.
- CHIORO, Arthur. A Política Nacional de Atenção Integral às Urgências. In: SEMINÁRIO NACIONAL DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA, 12., 2003, Brasília. *Anais Eletrônicos*. Brasília, 2003.
- GRAFF, Louis et al. Measuring an Improving Quality in Emergency Medicine. *Academic Emergency Medicine*, Connecticut, v. 9, p. 1091-1107, 2002.
- JUNG, Gladis. *Desenvolvimento de um modelo integrado ao Activity-Based Management (ABM) para a Análise de Eficácia em Serviços de Emergência*. 2002. Tese (Mestrado)–Escola de Engenharia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Rio Grande do Sul, 2002.
- KLUCK, Mariza. *Indicadores de Qualidade para Assistência Hospitalar*. Porto Alegre: Famed\UFRGS\HCPA, 2004. Disponível em: < <http://www.cih.com.br/Indicadores.htm>>. Acesso em: 16 fev. 2005.
- KNOBEL, Elias et al. Qualidade e Custos em Terapia Intensiva. *Revista da Sociedade de Cardiologia do Estado de São Paulo*, São Paulo, v. 8, p. 603-620, 1998.
- LÓPEZ, Mário. *O Sistema de Atendimento das Emergências Médicas*. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1994.
- MENDES, Dulce de Castro. Serviços de Emergência – Conceituação, Normas e Planejamento. *Revista Paulista de Hospitais*, São Paulo, v. 30, p. 65-70, 1994.
- NOVAES, H. M.; PAGANINI, J. *Garantia de Qualidade: Acreditação de Hospitais para América Latina e Caribe*. Genebra: OPAS/OMS; 1992. (Série Silos, n. 13).
- ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD (OPS). *Manejo de multitud de heridos*. Administracion Sanitária de Emergência com Posteridad a los Desastres Naturales. Washington, 1987. v. 27.
- STROZZI, Geni. Organização da Assistência de Emergência na Cidade de Florianópolis: Presente e Futuro. *Arquivos Catarinenses de Medicina*, Florianópolis, v. 13, p. 185-90, 1984.
- TERRA, Sandra R. Opinião do Usuário: Indicador para os Serviços de Saúde. In: CONGRESSO DE QUALIDADE PARA SERVIÇOS HOSPITALARES – QUALIHOSP, 6., 2003, São Paulo. *Anais Eletrônicos*. São Paulo, 2003.

Anexos



ANEXO A – PANORAMA DA GESTÃO PARTICIPATIVA EM SAÚDE NO BRASIL (ANÁLISE DAS EXPERIÊNCIAS APRESENTADAS NA 2ª EDIÇÃO DO PRÊMIO SERGIO AROUCA)

*Autores: Flavio Goulart
Lucinéia Moreli Machado
Maria de Fátima Castilhos Schaeffer*

Sobre o Prêmio Sergio Arouca

O *Prêmio Sergio Arouca de Gestão Participativa no Sistema Único de Saúde* foi lançado em 2005, com uma segunda edição em 2006, pela Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa do Ministério da Saúde (SGEP/MS), com apoio do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems), como forma de incentivar essa modalidade de gestão, base do ideário da Reforma Sanitária.

A homenagem a Antônio Sergio da Silva Arouca levou em consideração que a gestão participativa no SUS traz para a agenda política da democracia brasileira uma construção filosófica e política que sempre esteve presente no pensamento e nos atos do saudoso sanitarista. Arouca, com efeito, foi um dos construtores da Reforma Sanitária brasileira, além de ter mostrado inúmeras outras facetas de sua competência e versatilidade, como parlamentar em defesa da saúde, da ética e das transformações necessárias à sociedade brasileira e, ainda, como companheiro permanente dos movimentos sociais e como incansável militante político.

Sergio Arouca foi também o primeiro Secretário de Gestão Participativa do Ministério da Saúde, credenciado pelo seu currículo intelectual e político. Faleceu em 2003, deixando um enorme vazio na saúde pública brasileira.

A iniciativa do prêmio tem por finalidade reconhecer, premiar e divulgar trabalhos que relatem e analisem experiências exitosas de gestão participativa em serviços, organizações, movimentos sociais ou sistemas de saúde, além de trabalhos acadêmicos sobre o tema no SUS. Para tanto, foram estabelecidas duas categorias: (a) *Experiências Exitosas de Gestão Participativa*, desde que em funcionamento há pelo menos um ano, em serviços, organizações ou sistemas de saúde; (b) *Trabalhos Acadêmicos* inéditos, apresentados em forma de monografia ou artigo.

A primeira destas categorias foi aberta a profissionais, conselheiros, usuários, estudantes e outros interessados na área da Saúde. A outra categoria destinou-se a pesquisadores e outros estudiosos no campo da Saúde, objetivando a apresentação de monografias ou artigos inéditos referentes ao tema da gestão participativa, sendo aceitas abordagens múltiplas como, por exemplo, revisão bibliográfica, reflexão crítica, conceitual e experimental, entre outras.

Processo de avaliação

O processo de avaliação do Prêmio Sergio Arouca previa que cada trabalho fosse avaliado por pelo menos dois profissionais com notório conhecimento e experiência no campo da gestão e da participação social em saúde, sendo encaminhado para um terceiro avaliador nos casos de discrepância entre as notas atribuídas pelos dois avaliadores ou necessidade de desempate. Foi ainda estabelecido que a distribuição dos trabalhos aos avaliadores levaria em consideração a área de competência destes e que, conforme regulamento, os avaliadores não teriam acesso ao nome do autor ou dos autores do trabalho.

Para a categoria que representa o foco do presente relatório, ou seja, *Experiências Exitosas*, o objetivo definido era o de identificar e premiar os relatos de experiências em que estivessem presentes contribuições à política de gestão participativa, com a avaliação apoiada apenas no relato do(s) proponente(s), de forma a valorizá-los, não cabendo visita local ou outra forma de comprovação de dados.

Os seguintes tópicos foram selecionados para avaliação, devendo o avaliador conferir nota 0 a 10 a cada um deles:

- *Mecanismos de participação envolvidos na experiência relatada:* considerar se o relato da experiência informa sobre a existência e/ou o envolvimento de um ou mais mecanismos favorecedores da participação social em saúde, considerando-se para efeito de análise não só mecanismos formalizados (fóruns, conselhos, disque-denúncia, ouvidoria, conferências, oficinas, consultas públicas, comitês, conselhos, câmaras técnicas, etc.), mas também outros mecanismos informais, como rodas de discussão, grupos de trabalho e outros.
- *Estratégias de consolidação dos mecanismos de participação na experiência relatada:* considerar se o relato da experiência indica se houve ou está havendo a consolidação dos mecanismos de participação por meio de parcerias institucionais, tais como transferências de recursos financeiros e apoio técnico; instituição de prêmios e mostras de experiências; geração de políticas expressas em planos, projetos, decretos ou leis; regularidade na participação como agenda de encontros, reuniões ou oficinas, além da amplitude da articulação interinstitucional.
- *Impacto da experiência relatada sobre as práticas de saúde:* considerar no relato da experiência as informações e os dados existentes sobre a ampliação do acesso, a promoção da integralidade, mudanças nas práticas de acolhimento e no processo de atenção, articulação intersetorial e integralidade de saberes e tecnologias no cuidado à saúde, incluindo práticas complementares de saúde e a relação dos profissionais com os praticantes informais e populares.
- *Relação da experiência relatada com as instâncias de controle social do SUS:* considerar se a experiência relatada indica o fortalecimento das instâncias de controle social, dos conselhos e das conferências, aí compreendido o desenvolvimento de processos de educação permanente para o controle social, assim como iniciativas dos organismos de participação.
- *Representatividade dos atores sociais na experiência relatada:* considerar se o relato da experiência indica o envolvimento de atores sociais representativos no SUS, tais como conselheiros, trabalhadores de saúde, gestores, usuários, prestadores de serviços de saúde e movimentos sociais populares (por exemplo, de estudantes, da população negra, de mulheres e outros grupos organizados da sociedade civil).

- *Grau de participação dos atores sociais envolvidos na experiência relatada*: considerar se o relato da experiência indica participação ativa dos atores, utilizando metodologias participativas baseadas em educação permanente, educação popular, planejamento participativo, orçamento participativo e outras.
- *Qualificação da participação na experiência relatada*: considerar, no relato da experiência, a influência da participação na gestão, por meio da formulação de estratégias como negociação, pactuação, construção de viabilidade e construção de agenda compartilhada.
- *Qualidade da apresentação do relato*: considerar a clareza da redação e a estrutura do texto para a compreensão da experiência relatada.

Apresentou-se aproximadamente uma centena de experiências, mas uma triagem formal preliminar, referente à documentação e à completude das informações, permitiu que fossem pré-selecionados cerca de setenta trabalhos, submetidos então à comissão de avaliação, que finalmente definiu, mediante critério quantitativo (nota), as 15 experiências finalistas constantes da listagem a seguir, que contém em ordem alfabética as palavras-chave e a origem de cada uma das experiências:

- *Anemia falciforme* – São Paulo (SP);
- *Compartilhado e feito por nós* – Morro do Alemão – Rio de Janeiro (RJ);
- *Conquistas dos cidadãos* – Entre Rios do Oeste (PR);
- *Conselhos de gestão participativa nos hospitais federais* – Rio de Janeiro (RJ);
- *Enfrentando o desânimo e o descrédito* – Várzea Paulista (SP);
- *Escolas promotoras de saúde* – estado de Tocantins (TO);
- *Gestão participativa em área de risco* – Vigário Geral – Rio de Janeiro (RJ);
- *Gestão participativa hospitalar* – Contagem (MG);
- *Novo modelo de gestão* – Inca – Rio de Janeiro (RJ);
- *Santa Isabel ressuscitada* – FHEMIG/SES (MG);
- *Saúde do trabalhador* – Recife (PE);
- *Saúde indígena* – DSEI/Funasa/MS;
- *Saúde infantil* – Piracicaba (SP);
- *Saúde participativa* – Guarulhos (SP);
- *Vivência de um conselho gestor* – Pirai (RJ).

Destas, foram escolhidas como premiadas as cinco seguintes (sem ordem de classificação):

- Contagem (MG): Gestão participativa no hospital municipal.
- Entre Rios do Oeste (PR): As conquistas dos cidadãos graças à sua participação na gestão da saúde pública.
- Guarulhos (SP): Saúde participativa: implantação de uma política de participação popular qualificada no SUS.
- Ministério da Saúde/RJ: Conselhos de gestão participativa nos hospitais federais do Rio: uma experiência exitosa.
- Tocantins: O Sistema Único de Saúde, a comunidade escolar e o escolar: a escola como espaço para o fortalecimento e a consolidação do SUS.

Objetivos e metodologia de análise

Em primeiro lugar, foi grande o interesse despertado entre gestores, conselheiros, estudiosos e outros interessados no tema da gestão participativa no SUS, o que pode ser aferido pela grande quantidade de trabalhos que concorreram às duas edições do prêmio. Com efeito, uma avaliação panorâmica dos trabalhos, antes de qualquer seleção, mostrou que eles provinham de diferentes realidades geográficas, políticas, culturais e institucionais, o que permite dizer, de forma aproximada, que configurariam um possível retrato da realidade do País.

Com isso, pôde-se estabelecer o pressuposto de que uma análise mais aprofundada das experiências se justificaria, para revelar de forma mais nítida a natureza, o conteúdo, os resultados, as tendências e, principalmente, as lições proporcionadas por este expressivo conjunto de experiências de gestão em saúde.

Assim sendo, optou-se pela seguinte metodologia:

- levantamento de todo o conjunto de experiências apresentadas e selecionadas para avaliação ao prêmio versão 2006, ou seja, aquelas que apresentaram documentação e informações completas;
- análise preliminar do conjunto de experiências com recortes sobre: origem e tipo de órgão ou entidade formuladora e categoria temática;
- análise aprofundada das experiências selecionadas em termos de conteúdos, tendências, inovações e lições aprendidas;
- elaboração do documento final: *Prêmio Sergio Arouca 2005/2006 – Panorama das experiências de Gestão Participativa inscritas.*

Categorização do material analisado

Foram analisadas 66 experiências, após a realização de alguns descartes adicionais por insuficiência de dados e eliminação de duplicidades.

A análise preliminar do material mostrou a praticidade de selecioná-lo de acordo com as seguintes variáveis temáticas:

13. Gestão de sistemas locais e municipais de saúde.

14. Gestão da atenção básica.

15. Gestão hospitalar.

16. Gestão de programas de saúde.

17. Gestão intersetorial.

18. Gestão estadual.

Os quadros seguintes mostram a distribuição do material analisado em termos temáticos e de origem:

Origem Institucional	Número
Municipal(*)	45
Estadual	8
Federal	5
Não Governamental	4
Outra	4
Total	66

(*) Aqui se incluíram quatro experiências do DF, por suas características comuns com as experiências municipais.

Regiões de Origem	Número
Norte	4
Nordeste	3
Sudeste	24
Sul	20
Centro-Oeste	14
Nacional	1
Total	66

Porte de Município	Número
Maior que 500 mil habitantes (*)	27
50 a 500 mil habitantes	14
Menor que 50 mil habitantes	12
Não se aplica (experiências não-municipais)	13
Total	66

(*) Incluídas as experiências do DF.

Categorias Temáticas	Número
Gestão de Sistemas Municipais	10
Gestão da Atenção Básica	7
Gestão Hospitalar	12
Gestão Intersetorial	12
Gestão de Programas de Saúde	21
Gestão Estadual	4
Total	66

Discussão: as boas práticas em gestão participativa

Esta seção tem como material de referência principal as quinze experiências finalistas do PSA/2007, a partir das quais se procurou levantar um repertório de boas práticas em gestão participativa. Além disso, uma vista panorâmica das demais experiências, independentemente de sua classificação, permitiu também, além de verificar a existência de práticas de mesma natureza daquelas mostradas pelas primeiras classificadas, acrescentar novos tópicos à lista, permitindo a ampliação e o aprofundamento do debate concernente à gestão participativa.

Uma constatação preliminar é a de que a diversidade das experiências permitiu, de fato, que se elaborasse um rico repertório de práticas. Eis que elas foram originárias de municípios grandes e pequenos, de instituições de variada vinculação administrativa, com temáticas também bastante diversificadas.

Pode-se colocar a seguinte questão, relativa às práticas apresentadas: elas seriam, efetivamente, classificáveis como *gestão participativa*? A resposta não é difícil: elas, sem dúvida, apresentam componentes de gestão pública associada à participação social e, assim, certamente ancoradas no objetivo primordial da política governamental do *Participa-SUS*, que é a de

Agregar legitimidade às ações de governo, criando sustentação para os programas e as políticas propostas, assegurando a inclusão de novos atores políticos e possibilitando a escuta das necessidades por meio da interlocução com usuários e entidades da sociedade, ampliando, desse modo, a esfera pública e conferindo maior densidade ao processo de redemocratização da sociedade brasileira (BRASIL, 2006).

Há, com efeito, no material apresentado, situações relativas a diferentes instrumentos participativos; variados focos de participação, com formas internas, externas e mistas; além de âmbitos que dizem respeito não apenas a serviços isolados, mas também a sistemas de saúde como um todo, geralmente de abrangência local, mas com diferentes dimensões de cobertura. A preocupação com a ampliação e o aprofundamento do processo participativo é uma constante. Mesmo aqueles relatos com foco mais interno (isto é, dirigidos aos trabalhadores de saúde) geralmente enunciam disposições de ampliar sua cobertura também para usuários e outros públicos externos. A maioria das experiências foi apresentada por gestores, mas há pelo menos quatro, duas de Mato Grosso, uma do Amazonas e uma do município de Içara (SC), pelas quais se responsabilizam os respectivos conselhos de saúde.

Um aspecto que logo chama a atenção do observador poderia ser traduzido por uma passagem do livro *Grande Sertão Veredas*, de Guimarães Rosa, referente à *palavra dada, que vai rompendo rumo*. Ou, numa referência bíblica: *no princípio era o Verbo*. Com efeito, várias experiências se apóiam em filosofias de ação que se traduzem por compromissos, diretrizes, planos de intervenção, programas, cartas de intenções, dentro de conjuntos de postulados escritos, mencionados de forma reiterada, que funcionam como efetivos guias para as ações existentes. Tais referências são de variada natureza, desde os textos constitucionais e legais ordinários até compromissos políticos enunciados em campanha, passando por documentos técnicos e normativos, declarações internacionais, etc.

Aparecem como casos emblemáticos os de Contagem/MG (*gestão hospitalar*); Guarulhos/SP (*saúde participativa*); Várzea Paulista/SP (*enfrentando o descrédito*); Campinas (*Projeto Paidéia*); Recife (*saúde do trabalhador*); Inca (*planejamento participativo*); Morro do Alemão/RJ (*atenção básica*), além de um projeto sobre *anemia falciforme* desenvolvido em São Paulo. Este traço é visto com mais frequência em administrações capitaneadas pelo Partido dos Trabalhadores, mas pode também ser detectado em outras situações.

Como referências teóricas e conceituais, destacam-se alguns autores ligados ao Departamento de Medicina Preventiva da Unicamp que, sabidamente, têm dedicado, há alguns anos, grande esforço em ações de apoio à gestão municipal do SUS, como Emerson Merhy, Luiz Cecílio, Gastão Campos, entre outros.

Fatores ligados ao governo local são também relevantes. *Decisão política* é uma questão-chave freqüentemente mencionada como fundamental no desencadeamento e na manutenção das ações. Conseqüentemente, governos recém-instalados parecem demonstrar um papel importante no desenvolvimento das experiências, lembrando-se que a maioria delas se desenvolveu a partir de 2005, justamente quando houve mudanças no poder local, com as eleições ocorridas no ano anterior. A situação de sucateamento da área da Saúde e o sentimento de chegada ao *fundo do poço* em alguns casos impulsionaram as decisões dos novos governos, muitas vezes comprometidos com mudanças na área da Saúde desde a campanha eleitoral. O caso dos hospitais federais da cidade do Rio de Janeiro (implementação de comitê gestor) é também bastante significativo neste aspecto, dada a conhecida trajetória de conflitos e eventuais retrocessos que marcam o processo de sua gestão, traduzindo a forte disposição da atual coordenação do Ministério da Saúde no estado do RJ em reverter tal situação.

Há casos em que não exatamente a chegada de um novo governo, mas sim a continuidade administrativa, como aconteceu, por exemplo, em Guarulhos e Entre Rios do Oeste, favoreceu o processo de decisão política na área da Saúde, dando prosseguimento a ações desenvolvidas no período de gestão imediatamente anterior.

Ainda com relação a este aspecto, é digna de menção a tendência mostrada por algumas localidades em transformar os fatos políticos (ou sociais) relativos à gestão participativa em *fatos jurídicos*, despendendo-se energias na formulação de leis e normas voltadas a dar suporte às práticas estabelecidas. Tal é o caso dos conselhos gestores dos hospitais federais da cidade do Rio e também nas experiências já referidas de Guarulhos e Contagem, ademais de outros exemplos, como a institucionalização do controle social local em Curitiba e o programa PIM (*Primeira Infância Melhor*) da SES-RS. Este aspecto é bastante significativo também em um pequeno município, Entre Rios do Oeste, no Paraná, que praticamente pautou e formalizou sua política de saúde tendo como ponto de partida o que seria apenas um fato social, importante, mas nem sempre capaz de desencadear mudanças duradouras e enraizadas: as deliberações das conferências municipais de saúde.

Observa-se forte tendência de desenvolvimento e utilização de *ferramentas de planejamento e gestão*, geralmente baseadas em tecnologias de informação. Experiências emblemáticas, neste sentido, são as do Instituto Nacional de Câncer (Inca); do controle da mortalidade infantil

em Piracicaba; do planejamento ascendente e participativo em Várzea Paulista e Lucas do Rio Verde (MT); das “rodas” em Sumaré (SP); da clínica ampliada em Natal (RN), entre muitas outras.

Poder-se-ia indagar a respeito do peso de uma *tradição institucional* na gênese de uma dessas experiências. Ela parece existir e ter alta relevância em alguns casos, como no Inca e ainda em Guarulhos, Entre Rios do Oeste, Curitiba, além de outros. Em outras situações, todavia, o que prepondera é seu oposto, ou seja, a presença de uma “tradição” negativa ou, pelo menos, de uma seqüência histórica que redundou nisso, vista nas várias experiências cujos autores alegaram ter partido do *fundo do poço* ou de uma *tabula rasa*, para construir a experiência apresentada, como foi o caso, mais uma vez, de Contagem, de Várzea Paulista e de Pirai.

Um aspecto que chama a atenção em muitas das experiências analisadas é o que se pode denominar de *pontes interprogramáticas*, geralmente envolvendo políticas e programas que fazem parte das prioridades atuais do SUS, sejam aquelas definidas pelo Ministério da Saúde, sejam outras de abrangência local ou estadual. É que acontece, por exemplo, com as inúmeras referências ao programa de humanização do MS (*HumanizaSUS*), ao Programa Saúde da Família, ao processo de capacitação de conselheiros e incentivo ao controle social, às atividades de capacitação da força de trabalho em saúde, ao controle da anemia falciforme, à redução e à melhoria de indicadores ligados à saúde de mulheres e crianças, às ações de saúde do trabalhador, à integração entre saúde e educação, entre outros. Da mesma forma, observam-se pontes lançadas também para setores externos à saúde, como é o caso do saneamento básico, da qualidade ambiental, da redução da violência urbana, da economia solidária, entre outros temas.

Deve ser destacado, ainda, que não são de todo raras nas experiências apresentadas as evidências de que existam, para além da área da Saúde, práticas de *bom governo* local. Esta é uma expressão cunhada por Judith Tendler (1998), que aponta um saudável processo de *entrelaçamento e dinâmicas*, de natureza bilateral, entre governo e sociedade civil, gerando pressões para o incremento da *accountability*, com mais responsabilidade e transparência do setor público, com uma causalidade que pode não ser apenas unidirecional (entre a organização comunitária e o governo), mas, de modo mais complexo, também *bidirecional*, envolvendo governo e comunidade, ou até mesmo *tridirecional*, envolvendo outras esferas de governo, além de atores externos. Em resumo, uma

sociedade civil robusta representa sem dúvida um forte requisito para um “bom governo”. Há vários casos que se enquadram ou pelo menos mostram indicativos de pertencer a tal categorização, ao demonstrar a existência de outras políticas de governo voltadas para saneamento básico, moradia, transporte, meio ambiente, etc., além da ênfase na participação social, traduzida, por exemplo, pela prática do orçamento participativo. Como exemplos podem ser citados Guarulhos, Entre Rios do Oeste, Várzea Paulista, Lages e Recife, mas há certamente outros casos na mesma situação, não citados aqui por escassez de informações a seu respeito.

Há ainda outros aspectos a destacar como boas práticas de gestão participativa, que serão detalhados na próxima seção deste documento. Por ora, bastaria apontar algumas delas, consideradas mais importantes e significativas, como se vê no quadro a seguir:

- Disposição de ousadia para a ruptura com princípios, por assim dizer, sacralizados na gestão do sistema de saúde, verdadeiras disfunções derivadas do clientelismo, do corporativismo e do conservadorismo, como foram os casos da nova estrutura do hospital municipal de Contagem, da gestão colegiada da Secretaria Municipal de Saúde de Várzea Paulista, da implementação dos comitês gestores nos hospitais federais do Rio, além de outros.
- Foco na capacitação e na sensibilização de atores internos e externos (conselheiros, por exemplo) à instituição e ao sistema de saúde, com forte apelo às ações multiplicadoras relativas à experiência em curso.
- Presença de *empreendedores-militantes* no cenário, pessoas de extração na própria equipe de saúde, às vezes também externas, que associam liderança, carisma, poder formal (ou não) e até mesmo certo voluntarismo – os casos de Pirai e, mais uma vez, de Entre Rios do Oeste são bastante emblemáticos quanto a este aspecto.
- Presença de práticas extensivas de busca de parcerias governamentais e não-governamentais, setoriais e inter-setoriais, formais e não formais.
- Valorização do princípio *tolstoiano* de que *o mundo está presente nas aldeias*, possibilitando a valorização das experiências realizadas em pequenas comunidades, onde os problemas podem não ser grandes, mas são certamente complexos. Mais uma vez, Pirai, Içara, Campo Bom, Entre Rios do Oeste e também a ex-colônia Santa Isabel, em Betim (MG), se destacam.

- Há que se prestar atenção nas experiências que colocam em foco a problemática e as demandas sobre o sistema de saúde originadas dos municípios grandes e das periferias metropolitanas, de enorme importância no contexto brasileiro atual. Podem ser citadas como exemplos as experiências de Contagem, de Guarulhos, de Piracicaba e de Várzea Paulista, mas também as de Curitiba e de Juiz de Fora, entre outras.
- Merecem também atenção as experiências em que se destacam os diagnósticos e as próprias ações desenvolvidas e acompanhadas mediante a identificação e o levantamento de indicadores diversos (epidemiológicos, demográficos e gerenciais), merecendo especial referência aquelas desenvolvidas em Piracicaba e Sumaré, no estado de SP, além de Curitiba.

Finalizando esta seção, apresenta-se a seguir um quadro sinóptico no qual podem ser observadas várias práticas de gestão participativa e correlatas, de natureza inovadora, que ocorrem em realidades diversas.

Quadro 1. Práticas inovadoras de gestão participativa.

Tipos de prática	Origem
Desenvolvimento de instrumentos de gestão participativa.	• Guarulhos-SP (Saúde Participativa); • Contagem-MG (Hospital Municipal); • Inca/MS – RJ; • Hospitais Federais-RJ; • Into-RJ; • Governador Valadares-MG (H. Municipal); • Piraí-RJ (Casa de Caridade); • Fortaleza-CE (Hospital); • Natal-RN (Hospital); • Várzea Paulista (<i>Enfrentando o desânimo...</i>); • Juiz de Fora (Sistema contextual); • Sumaré-SP (Rodas); • Campinas-SP (Colegiados de Gestão); • Curitiba-PR (Comissões Temáticas); • Lucas do Rio Verde (Plano Municipal de Saúde); • Içara-SC (Planejamento Participativo).

continua

Tipos de prática	Origem
Apoio em indicadores de saúde.	• Piracicaba-SP; • Sumaré-SP; • MS-Estado (Prevenção de Violências); • Santa Helena-PR.
Condomínio comunitário de saneamento básico.	• Morro do Alemão-Rio.
Instrumento de monitoramento de recursos transferidos no SUS.	• DSEI/Funasa/MS.
Trabalho conjunto com organizações sociais e não-governamentais.	• Petrópolis-RJ (Homeopatia); • Vigário Geral-Rio (Atenção Básica); • Natal (“cadeirantes”); • Rio de Janeiro (Fisioterapia em Idosos); • São Paulo-SP (Anemia Falciforme);
Atividades de capacitação e sensibilização.	• Campo Bom-RS (Oficinas de Meditação); • ISC/UFMT (Capacitação de Conselheiros); • SES-MS (Cultura da Paz); • SES-MS (Oficina de Indicadores); • Unifesp/DSEI Xingu (Oficinas de Gestão); • FM Catanduva (Telemedicina).
Integração ensino-serviços.	• Unifesp-SP (DSEI Xingu); • FM Catanduva-SP (Ribeirinhos AM); • Unicamp-Campinas; • UFCE-Sobral; • Lages-SC; • Recife-PE (Saúde do Trabalhador); • Mato Grosso (Controle Social); • Anápolis-GO (Enfermagem); • Tocantins (Escolas Promotoras de Saúde).
Ações por iniciativa de conselhos de saúde.	• MT; • AM; • Içara-SC (Farmácia Solidária).

continua

Tipos de prática	Origem
Criação de ouvidoria em saúde.	• ISC/UFMT.
Saúde indígena e de populações remotas.	• Unifesp-SP/DSEI Xingu; • FM Catanduva/Ribeirinhos AM; • Funasa/DSEI-MS.

Análise por categoria temática

1. Gestão de Sistemas Municipais de Saúde

Nesta categoria temática, foram três as finalistas: Guarulhos (SP), Entre Rios do Oeste (PR) e Várzea Paulista (SP). Os aspectos mais destacados neste conjunto podem ser arrolados como: (a) a força da palavra, da ideologia e do empreendedorismo militante, além da inserção em uma rede partidária nacional, em Guarulhos e Várzea Paulista; (b) a capacidade do pequeno município em formular propostas, associada também a um empreendedorismo militante e voluntarista.

Foram dez os trabalhos apresentados na presente categoria, divididos de forma igualitária entre os originários de municípios grandes (mais de 500 mil habitantes), médios (de 50 a 500 mil) e pequenos (menos de 50 mil habitantes).

Do ponto de vista do foco das práticas participativas apresentadas, verifica-se que também se distribuem de forma equilibrada entre aqueles voltados exclusivamente para o público interno das instituições e aqueles que incluem em suas preocupações a comunidade dos usuários.

Do ponto de vista temático, as experiências podem ser agrupadas em: (a) reestruturação administrativa com foco na participação (tema dominante); (b) relato de trajetória institucional; (c) reforço aos mecanismos já estabelecidos de controle social; (d) desenvolvimento de ferramentas para a gestão.

Alguns aspectos podem ser destacados nesse conjunto de experiências, constantes da lista a seguir:

- Decisão política de “arrumar a casa”.
- Ênfase nos processos de capacitação, principalmente para o público interno.
- Pouca definição a respeito da sustentabilidade e da continuidade das experiências.

- Foco em gestão e planejamento, independentemente de uma linha ou corrente ideológica definida.
- Forte apelo a marcos teóricos e conceituais.
- Articulação entre diferentes áreas de governo presentes na maioria das experiências, configurando práticas de possível *bom governo*.

2. Gestão da Atenção Básica

Foram sete as experiências assim catalogadas, das quais seis têm origem em municípios grandes (com mais de um milhão de habitantes) e apenas uma proveniente de município pequeno (Piraí/RJ).

Entre as finalistas, em número de três, duas se referem às mesmas áreas da cidade do Rio de Janeiro: às localidades do Complexo do Alemão e Vigário Geral. Embora tenham proponentes diferentes, são bastante parecidas quanto à sua abordagem, com foco na problemática urbana, na violência e na miséria.

Em termos operacionais, dentro do foco da prestação de serviços em atenção básica, geralmente mediante a Estratégia de Saúde da Família, as experiências em foco colocam grande ênfase em capacitação de equipes e também em desenvolvimento de processos de humanização e acolhimento, sem descuidar do incentivo à participação social nos serviços.

A experiência de Vigário Geral na cidade do Rio mostra uma interessante interação entre duas ONGs: a *Médecins Sans Frontières*, francesa, e uma outra, denominada Mogec, criada *ad-hoc*.

Em Contagem se destaca uma preocupação até certo ponto inédita: propostas relativas às unidades ainda não incorporadas à Estratégia de Saúde da Família.

Registre-se, ainda, a presença da UBS de São José do Murialdo, de Porto Alegre (RS), com um trabalho sobre acolhimento, sendo esta uma instituição pioneira no campo da atenção básica em termos nacionais.

3. Gestão Hospitalar

Neste tópico foram 12 as experiências catalogadas, a maioria delas oriundas de cidades grandes, geralmente capitais (Contagem/MG; Rio/RJ; Fortaleza/CE; Natal/RN; Curitiba/PR). Somente da cidade do Rio de Janeiro vieram três experiências, todas desenvolvidas em hospitais federais (Inca, Into e rede federal na cidade). Duas vieram de municípios de porte médio (Pelotas/RS e Governador Valadares/MG); outras duas de cidades menores (Sorriso/MT e Piraí/RJ). Houve uma experiência espe-

cial (aliás, uma das finalistas do concurso) classificada nesta categoria à falta de melhor enquadramento, proveniente de um antigo hospital de hansenianos, agora convertido em comunidade, a ex-colônia Santa Isabel, localizada no município de Betim (MG), tendo como proponentes atores de uma fundação hospitalar pública estadual.

Das finalistas, pode-se dizer que o Inca representa a força de uma instituição tradicional, portadora de história, na qual está instalada uma importante comunidade técnica. A rede hospitalar federal do Rio mostra um processo de revitalização, revestido de forte decisão política, embora possuindo um histórico de fortes conflitos e retrocessos. O município de Contagem revela um processo de reestruturação de sua rede de serviços de saúde, tendo como ponto de partida uma decisão política, emanada de um governo municipal recém-empossado e imbuído de forte conteúdo ideológico e de compromisso social.

Do ponto de vista do caráter da gestão participativa demonstrada nas experiências, o que se verifica é que a maioria delas tem como alvo das ações o público interno, representado pelas categorias técnicas ou pelos trabalhadores de saúde em geral, o que não deixa de ser previsível, dadas as características complexas do objeto em pauta, ou seja, o hospital. Não é excepcional, contudo, a menção à necessidade de expandir o alvo da participação também para a comunidade de usuários.

Em suma, as experiências de gestão hospitalar podem ser assim sintetizadas:

- Foco em humanização e reinserção social: Colônia Santa Isabel (Betim/MG).
- Modernização e racionalização estrutural: Contagem (MG), Inca, Into e rede federal do RJ.
- Foco no cliente ou em grupo populacional específico: Fortaleza (CE) e Curitiba (PR).
- Gestão da clínica: Natal (RN).
- Internação domiciliar: Pelotas (RS).

4. Gestão de Programas de Saúde

Esta categoria é, de longe, a mais concorrida, com 21 experiências apresentadas. Naturalmente, a variabilidade temática é muito grande, pois se fazem presentes quase todas as áreas programáticas clássicas (mulher, criança, saúde bucal, saúde do trabalhador, saúde indígena, saúde mental, doenças sexualmente transmissíveis, etc.), além de algu-

mas outras, aqui inseridas por suas características de transversalidade, tais como: educação para a saúde, humanização, vigilância sanitária e ambiental, assistência farmacêutica e terapias complementares.

As quatro experiências finalistas nesta categoria foram: (a) Piracicaba (SP): redução da mortalidade infantil; (b) Recife (PE): saúde do trabalhador; (c) ONG de São Paulo: controle da anemia falciforme; e (d) DSEI/Funasa: saúde indígena.

Do ponto de vista da origem das experiências, a maioria era proveniente de municípios com mais de um milhão de habitantes, distribuindo-se as restantes em partes iguais pelos municípios médios e pequenos. Duas das experiências desta categoria tiveram origem em órgãos federais (Programa de Saúde Mental/MS e Saúde Indígena/Funasa).

Alguns pontos de destaque e também possíveis omissões podem ser arrolados, a saber:

- Existe, sem dúvida, certa *unidade na diversidade*, como forte apelo a temas e a estratégias ligadas à humanização do atendimento, à melhoria de indicadores de saúde, à promoção de cidadania e à promoção da saúde em sentido lato.
- Da mesma forma, dominam o cenário os programas voltados para grupos vulneráveis clássicos, tais como os relacionados a mulheres, crianças, idosos, doentes mentais, trabalhadores, portadores de deficiência e necessidades especiais.
- A presença de experiências que se apóiam explicitamente em construção, levantamento e acompanhamento de indicadores de saúde NÃO é grande, embora os casos em que isso se revela demonstrem boa qualidade e profundidade das práticas concernentes, com especial destaque para Piracicaba (SP), Sumaré (SP), Curitiba (PA), Campo Grande (MS) e Santa Helena (PR).
- A ênfase em uma efetiva gestão participativa parece ser mais diluída nestas experiências do que em outras apresentadas, como aquelas de gestão de sistemas municipais e gestão hospitalar. As atividades descritas geralmente se voltam para o público externo, sendo basicamente de cunho educativo.
- Demonstra-se forte integração, um verdadeiro amálgama, entre as atividades programáticas desenvolvidas e a Política Nacional de Atenção Básica, especificamente com o Programa Saúde da Família, particularmente no caso da atenção materna e infantil, o que pode ser considerado, sem dúvida, um aspecto muito positivo.

- Algumas situações específicas podem ser postas em relevo, por exemplo: (a) a proposta de *oficinas de meditação* de Campo Bom (RS); (b) a aproximação conceitual e operacional entre a abordagem de saúde mental e a economia solidária (apresentação do MS); e, finalmente, (c) uma inusitada proposta de monitoramento da qualidade da aguardente de cana, oriunda de Andradás (MG).

5. Gestão Intersetorial

Foram apresentadas 12 experiências assim classificadas, embora algumas delas pudessem também se enquadrar de forma diferente, pois são, além de intersetoriais, ligadas à gestão de programas de saúde – o que, aliás, foi um caso recorrente. Em todo caso, procurou-se incluir nesta lista aquelas práticas em que o componente de ação entre setores diversos era não só evidente, como também mostrasse forte influência relativa ao processo de desenvolvimento da experiência.

Entre as finalistas ficou o programa denominado *Escolas Promotoras de Saúde*, realizado em parceria entre as secretarias de saúde e de educação do estado do Tocantins.

Do ponto de vista da origem das experiências, houve grande diversidade não só geográfica como institucional, com participação de todas as regiões do País e de uma gama de instituições: prefeituras, governos estaduais, universidades, Ministério da Saúde e organizações não-governamentais.

Os temas foram também variados, como seria de se esperar, com ênfase em capacitação e multiplicação do processo formativo, como também ocorreu em outras situações já analisadas, por exemplo, no caso da gestão de programas de saúde. Entre outros temas, podem ser citados os seguintes: abordagem das violências, promoção de saúde, controle social, capacitação em serviço, saúde indígena, telemedicina.

As parcerias assinaladas formaram um elenco bastante extenso, nele se incluindo órgãos gestores de saúde, idem de educação e de assistência social, serviços de saúde de diferentes níveis de complexidade, órgãos formadores universitários, centros de pesquisa, Ministério Público, Detran, Abrasco, legislativos municipais, fundações privadas, organizações não-governamentais diversas, empresas, entre outros.

Alguns pontos de destaque e também possíveis omissões podem ser arrolados, a saber:

- Nem sempre ficou explícito nas apresentações o verdadeiro caráter de gestão participativa das experiências, o que talvez se explique pela natureza da própria intersectorialidade.
- Ocorre marcante participação de centros de formação e pesquisa, mais do que nos outros grupos, certamente, com especiais destaques: (a) Unicamp, no Distrito Sanitário Oeste de Campinas; (b) Faculdade de Medicina de Catanduva (SP), nas populações ribeirinhas do Amazonas; (c) Unifesp, no Xingu; (d) UFCE, na periferia de Fortaleza (CE).
- Da mesma forma, é amplo o apelo a atividades de capacitação e de sensibilização, principalmente voltadas para o público externo.
- *Formação de redes, parcerias, solidariedade, integração, pactos, ação voluntária* são palavras-chave, de uso recorrente, neste campo.
- Práticas aparentemente inéditas reveladas pelas experiências: (a) um curso de gestão de saúde para comunidades indígenas, com metodologias inovadoras, realizado pela Unifesp na região do Xingu; (b) oficinas de análise de indicadores relativos à violência (SES de Mato Grosso do Sul); (c) atividades de sensibilização voltadas para a Cultura da Paz (mesma origem).
- Uma proposta abrangente e aparentemente muito concreta em termos de inter-setorialidade (embora não-finalista): o PIM, programa *Primeira Infância Melhor*, realizado pela SES/RS.

6. Gestão Estadual

Neste campo, apenas quatro experiências foram incluídas, e nenhuma delas foi finalista. Na verdade, houve outras experiências que poderiam ter sido aqui inseridas, mas certas peculiaridades das mesmas terminaram por justificar a escolha da *Gestão Intersetorial* como seu melhor enquadramento. Foram os casos, por exemplo, da experiência da SES/RS, relativa ao PIM (*Primeira Infância Melhor*), bem como da experiência das *Escolas Promotoras de Saúde*, apresentada pela SES e pela SEE do estado do Tocantins, que acabou sendo finalista.

Assim, nas experiências de gestão estadual que foram analisadas, cumpre assinalar o seguinte:

- Três delas (duas do MT e uma do AM) foram formuladas e apresentadas pelos respectivos conselhos estaduais de saúde, o que, por si só, é um fator sem dúvida positivo.

- São experiências que mostram grande ênfase na capacitação de recursos humanos não só de conselheiros, como também de outros agentes do sistema de saúde.
- Em MT houve uma proposta sem dúvida inovadora: a de vincular a ouvidoria de saúde ao conselho estadual de saúde (ou criá-la em tal condição).
- A experiência do Pará, originada das secretarias estaduais de proteção social e saúde pública, de forma bastante oportuna, busca o enfrentamento do grande desafio de levar e promover a inclusão digital entre os trabalhadores do SUS.
- Embora incluídas no quesito gestão intersetorial, pelas razões já expostas, duas das experiências estaduais se revestem de especial relevância, como já mencionado antes: o programa *Primeira Infância Melhor*, do Rio Grande do Sul, e as *Escolas Promotoras de Saúde*, do Tocantins.

Conclusões

O que se analisou nestas linhas representa um material expressivo, sem dúvida. Eventuais desigualdades em sua distribuição geográfica, com pouca representatividade das regiões Norte e Nordeste, poderão ser corrigidas nas próximas edições com um processo de divulgação mais concentrado nestas regiões. A colaboração dos estados poderia dar impulso a tal processo. Aliás, da região Norte somente foram apresentadas experiências dos estados, o que poderia significar que pode ter havido problemas de divulgação que afetaram mais os municípios do que os próprios estados, razão pela qual se depreende que estes últimos poderiam estar mais presentes no processo de circulação de informações relativas ao prêmio.

As experiências se fixam sobremaneira em torno de duas vertentes de participação tradicionais no SUS: a “conselhistas” clássica e a dos comitês gestores, o que talvez denote ousadia ainda restrita em ampliar estes instrumentos e canais de participação, explorando novas possibilidades. Veja-se, por exemplo, o que está contido no próprio regulamento do prêmio, no qual se fala de *mecanismos favorecedores da participação social em saúde, não só aqueles formalizados (fóruns, conselhos, disques-denúncia, ouvidoria, conferências, oficinas, consultas públicas, comitês, conselhos, câmaras técnicas, etc.), como outros mecanismos informais, como rodas de discussão, grupos de trabalho e outros.*

Além do desafio da superação da barreira da participação meramente formal, outras questões de mesma natureza podem ser vislumbradas no material analisado, entre elas a concentração de práticas voltadas para o público interno (formado pelos trabalhadores de saúde) e, principalmente, a ultrapassagem dos aspectos meramente formais e normativos da participação, em busca de circuitos de dupla via entre gestores e usuários, traduzidos na expressão *accountability*, ou seja, prestação-petição de contas, mais como uma *postura* incorporada pelos gestores públicos e não necessariamente como cumprimento de (mais) uma formalidade.

Aspectos que não transparecem com clareza na maioria das experiências são as questões ligadas à sua sustentabilidade e continuidade, não só do ponto de vista material como político. Considerando-se que um número significativo de experiências é oriundo de governos recém-empossados nos municípios e, conhecendo-se as mazelas brasileiras quanto à descontinuidade das administrações, tal aspecto não deixa de ser preocupante.

Da mesma forma, verifica-se que grande parte das práticas apresentadas, pelo menos no que se refere aos relatos produzidos para o prêmio, deixa a desejar com relação a aspectos cruciais, tais como o diagnóstico dos problemas, as propostas de intervenção, seu acompanhamento e os eventuais resultados produzidos, *consubstanciados em cifras e indicadores*. Isso certamente faz parte de uma cultura generalizada na administração pública brasileira, mas com certeza é um aspecto ao qual as próximas edições do certame devem dedicar mais atenção, fornecendo (quem sabe?) indicativos mais precisos para a construção e o manuseio dos referidos indicadores.

Com honrosas e não muito freqüentes exceções, como aquelas incluídas no tópico *gestão intersetorial*, parecem ser ainda tímidas as iniciativas de estender os processos de gestão participativa para fora da moldura da saúde. A este respeito, o regulamento do prêmio estabelece com clareza alguns pressupostos, como, por exemplo, recomendações relativas não só à consolidação dos mecanismos de participação por meio de parcerias institucionais, como também de geração de políticas e a regularidade das agendas de encontros, além da amplitude da articulação interinstitucional. A participação de entidades não-governamentais, por exemplo, é muito tímida.

O papel dos conselhos de saúde face ao prêmio talvez ainda necessite ser mais intenso, dado o pequeno número de experiências (apenas quatro em mais de sessenta) que tiveram estes como formuladores. Os

movimentos sociais, da mesma forma, parecem relativamente alheios. Todavia, em contrapartida, é alvissareiro constatar o expressivo número de experiências que colocaram ênfase nos processos de capacitação, inclusive de conselheiros.

Quando o regulamento do prêmio recomenda a *participação ativa dos atores, utilizando metodologias participativas*, pode-se constatar que grandes avanços têm sido produzidos e foram demonstrados com amplitude em muitas experiências, perfazendo um autêntico *repertório de boas práticas* neste campo, conforme demonstrado no quadro 1 (práticas inovadoras de gestão participativa).

Contradição que permanece no cenário: o controle social como um todo e a gestão participativa, especificamente, são mais obras de governos ou vêm sendo assumidas e conduzidas pelos movimentos sociais? Naturalmente, o governo tem a primazia, é o que se constata no material analisado. Mas isso certamente faz parte do momento histórico, relativamente incipiente, da participação social no Brasil.

Especial atenção deve ser dada ao que se chamou no texto, baseado em uma referência rosiana, de *a palavra dada, que vai rompendo rumo*. Trata-se de um aspecto presente em numerosas experiências, independentemente do porte, do tipo de instituição e da geografia. Ele se desenvolve mediante enfoques políticos e teóricos. Neste último aspecto, constata-se que há hoje no Brasil espaço aberto para a ação de *dar a palavra*, o que reverte e supera a lógica política tradicional, espontaneísta, imediatista e baseada unicamente no senso comum. Eis um modo de ação no qual as universidades e os centros de pesquisa devem focar sua atenção como, aliás, ficou patente em diversas ações que já envolvem a Unicamp.

Verifica-se, ainda, nas experiências apresentadas, que a política de saúde no Brasil não é mais, definitivamente, uma totalidade desconexa. Ao contrário, o que se verifica é um profundo amálgama entre as práticas de gestão participativa propriamente ditas e as políticas e os programas prioritários em termos nacionais, tais como a atenção básica, a humanização, a qualificação do controle social, a gestão hospitalar, a assistência farmacêutica, além dos conteúdos gerais do *Pacto pela Vida*.

Destaca-se, ainda, o papel exercido por um *empreendedorismo militante*, nem sempre de fundo partidário, mas que se mostra eficiente em propor e conduzir novas experiências, tendo como âncoras a capacidade de liderança, o substrato ideológico referente à saúde, o domínio do conhecimento técnico e a visão estratégica do planejamento.

Uma lição importante: fatos sociais e políticos não correspondem e geram necessariamente fatos jurídicos. Muitas das experiências se atêm aos primeiros; outras parecem gradualmente superá-los em busca de, finalmente, criar a sustentação jurídica necessária. Este talvez seja o bom caminho.

O que se chamou de *princípio tolstoiano* deve ser lembrado. O grande escritor teria dito a um jovem iniciante que lhe pedia conselhos sobre como escrever um “romance universal”: *canta tua aldeia, que estarás falando do mundo*. As “aldeias” presentes (Entre Rios do Oeste, Piraí, Içara, Campo Bom, Dois Irmãos, Santa Helena, Sorriso, Santa Isabel, Lucas do Rio Verde, entre outras) deram seu recado. O *pequeno* não deixa de ser também *complexo*. E a complexidade ainda se torna maior e, da mesma forma, o esforço para superar os problemas deve ser mais ainda valorizado quando se enfrenta a enorme escassez de recursos, entre outros, de capacidade técnica, com que se debatem os pequenos municípios no Brasil.

Finalizando, especial referência positiva deve ser feita às universidades e aos centros formadores presentes em diversas experiências, algumas, inclusive, desenvolvidas em áreas remotas da Amazônia. Um maior aprofundamento deveria ser feito sobre essas experiências, que parecem demonstrar que estão em vias de superação as críticas que se fazem às academias, de que se manteriam distantes e alheias à vida real, inclusive na área da Saúde – não é bem isso que se constata nas experiências apresentadas para o Prêmio Sergio Arouca.

Sergio Arouca certamente ficaria feliz em vislumbrar o que tem sido produzido no País em termos de gestão participativa em saúde!

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. *Política Nacional de Gestão Participativa na Saúde*. Brasília, 2006.

TENDLER, J. *Bom governo nos trópicos: uma visão crítica*. Brasília: Enap; Rio de Janeiro: Revan Editora, 1998.

ANEXO B – CONSELHOS E CONFERÊNCIAS: A IMPORTÂNCIA DO CONTEXTO GERENCIAL E DAS POLÍTICAS MUNICIPAIS DE SAÚDE¹

Autora: Maria Alice Correia Pedotti

No ano de 1991, de 6 a 8 de setembro, foi realizada a 1ª Conferência Municipal de Saúde de Curitiba. A partir disso, a cada ano ímpar, sem falha, realizaram-se a 2ª (1993), a 3ª (1995), a 4ª (1997), a 5ª (1999), a 6ª (2001), a 7ª (2003) e a 8ª (2005) Conferências Municipais de Saúde de Curitiba.

O objetivo principal deste estudo esteve voltado a uma revisão global da história e dos processos de realização das Conferências Locais, das Conferências Distritais e das Conferências Municipais de Saúde de Curitiba. Processos que vêm exigindo intensa mobilização de atores institucionais e sociais desde as reuniões preparativas, cuidados com a elaboração dos regimentos, a escolha dos temas e a redação das teses guias.

Para tanto, foram tomados os registros e documentos, tendo sido compiladas ainda as informações sobre o número de participantes desde 1991 e a diversidade de temas já tratados em cada uma das conferências, formando um quadro global dos assuntos discutidos. A realização de uma conferência de âmbito municipal representativa, soberana, deliberativa e participativa não envolve apenas os dois ou três dias em que se reúnem trabalhadores, prestadores, usuários e gestores, para ouvir, opinar, decidir, votar... Pelo menos na SMS de Curitiba assim se pen-

¹ Trabalho premiado na 1ª edição do Prêmio Sergio Arouca e não publicado anteriormente.

sa e, por conta dessa postura institucional, a cada dois anos, um grande número de atividades envolve centenas de servidores e cidadãos, que se mobilizam desde as unidades básicas de saúde, com seus Conselhos Locais de Saúde, na preparação e realização das Conferências Locais de Saúde, das Conferências Distritais de Saúde e da Conferência Municipal de Saúde.

A existência de um Conselho Municipal de Saúde atuante, organizado, com sede permanente, que vem se estruturando ao longo dos anos, mostra-se de fundamental importância para a realização de todo esse processo, mantendo-se como um lastro forte de apoio logístico e de articulação e comunicação entre todos os atores envolvidos – institucionais e/ou pessoais. Importante, ainda, por compor, organizar e armazenar a memória documental das conferências já realizadas desde 1991, bem como a documentação referente aos Conselhos Locais, Distritais e do Conselho Municipal de Saúde (reuniões, deliberações, etc.).

A idéia de escrever um artigo sobre o processo de construção e funcionamento dos conselhos e das conferências de saúde em Curitiba surgiu da constatação de que existiu, e permanece existindo, um movimento histórico político institucional, que é o da própria formatação da Secretaria Municipal da Saúde, sua opção pela descentralização, distritalização, tombamento da pirâmide gerencial – quebrando velhos parâmetros que preconizavam o planejamento no nível central e a execução pelo nível local, investindo permanentemente na formação e capacitação de seus trabalhadores e gestores regionais e locais, qualificando-os para assumir ações de planejamento, programação e avaliação em seus níveis de atuação – e atuação colegiada. E que esse movimento, aliado às diretrizes de valorização da participação da população, que esteve presente desde 1979/80, conforme mostram os documentos da época em que se iniciaram os caminhos da atenção primária à saúde no município, são os responsáveis pela progressiva organização do controle social hoje existente, que é modelo para os demais setores da administração municipal que optam por adotar processos de descentralização e participação social.

Após descrever o processo de cada uma das conferências, construiu-se um quadro-resumo, indicando a conferência, a data de sua realização, o número registrado de participantes nos relatórios, o tema central, todos os demais temas discutidos pelos grupos de trabalho e o documento final gerado pela conferência. Em todas as conferências esteve presente o tema do controle social, mostrando sua relevância tanto para

o gestor como para os demais segmentos sociais representados no Conselho Municipal de Saúde.

Conferências	Nº de participantes	Nº de temas/ grupos	Doc. (nº de páginas)
Municipais	40.366	68	633
Temáticas	1.495	38	337
Total	41.861	106	970

Esta compilação vem demonstrar que existe, sim, a possibilidade da presença qualificada, competente e progressiva do controle social em atuação permanente junto ao serviço público municipal. Vem mostrar, também, a necessidade do apoio institucional e da divulgação responsável das informações pertinentes ao setor Saúde, dos dados epidemiológicos locais, distritais e municipais. Demonstra, ainda, que a população tem condições, sim, de discutir, colaborar, complementar, contribuir com o poder público municipal, aprovando complexos planos de saúde, abordando temas epidemiológicos, que se traduzem na vida do dia-a-dia das pessoas que habitam a cidade. Mostra também que há consciência clara das reivindicações naquelas questões e áreas em que a população mais precisa de formação, capacitação, informação e comunicação adequada, com linguagem clara e acessível.

Uma das conclusões a que se pode chegar refere-se à necessidade de que os poderes públicos superem o receio da articulação necessária com o controle social, da participação da população nos processos de discussão, decisão, acompanhamento e avaliação de ações, seja no nível local, de distritos, ou do município como um todo. Sempre haverá embates, porque a dialética social abre dissensos importantes quando o foco das análises representa perspectivas diversas (nem por isso sempre divergentes), o que também aponta a possibilidade de que as divergências se transformem em aportes e contribuições, numa busca coletiva para as respostas ainda não formuladas – às vezes para perguntas também ainda não formuladas. O futuro da vida nas cidades depende da contribuição de todos e de uma visão de parceria entre forças que se percebiam incluídas. Que possam estabelecer um diálogo permanente para retificação de caminhos no momento em que surgem os problemas, para a troca honesta e sincera de saberes e habilidades, para a partilha de riscos/lucros/perdas e para a responsabilização verdadeiramente cidadã. Enfim, estabelecendo premissas básicas como respeito à vida, à cidade-

nia e ao bem público, busca de excelência para todas as ações e busca de aprimoramento constante do servidor público e do cidadão.

Referências

CONFERÊNCIA DE SAÚDE BUCAL DE CURITIBA “SYLVIO GEVAERD”, SMS, 1., 2004, Curitiba. *Relatório...* Curitiba: Conselho Municipal de Saúde de Curitiba, 2004.

CONFERÊNCIA MUNICIPAL DE CIÊNCIA, TECNOLOGIA E INOVAÇÃO EM SAÚDE, SMS, 1., 2004, Curitiba. *Relatório...* Curitiba: Conselho Municipal de Saúde de Curitiba, 2004.

CONFERÊNCIA MUNICIPAL DE RECURSOS HUMANOS PARA A SAÚDE, SMS, 1., 1994, Curitiba. *Relatório...* Curitiba: Conselho Municipal de Saúde de Curitiba, 1994.

CONFERÊNCIA MUNICIPAL DE SAÚDE, A Participação Popular na Construção de um Viver Saudável, SMS, 8., 2005, Curitiba. *Relatório...* Curitiba: Conselho Municipal de Saúde de Curitiba, 2005.

CONFERÊNCIA MUNICIPAL DE SAÚDE, Conquistas, Avanços e Desafios - 15 Anos do SUS Curitiba, SMS, 7., 2003, Curitiba. *Relatório...* Curitiba: Conselho Municipal de Saúde de Curitiba, 2003.

CONFERÊNCIA MUNICIPAL DE SAÚDE, Curitiba avançando na construção do SUS – Sistema Integrado de Saúde, SMS, 6., 2001, Curitiba. *Relatório...* Curitiba: Conselho Municipal de Saúde de Curitiba, 2001.

CONFERÊNCIA MUNICIPAL DE SAÚDE DA MULHER, Construindo o SUS em Defesa da Vida: Uma Luta Feminina, SMS, 1., 2002, Curitiba. *Relatório...* Curitiba: Conselho Municipal de Saúde de Curitiba, 2002.

CONFERÊNCIA MUNICIPAL DE SAÚDE DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA, A Saúde da Pessoa Com Deficiência: Universalidade, Equidade com Qualidade, SMS, 1., 2004, Curitiba. *Relatório...* Curitiba: Conselho Municipal de Saúde de Curitiba, 2004.

CONFERÊNCIA MUNICIPAL DE SAÚDE DO TRABALHADOR, Trabalhar Sim, Adoecer Não – Efetivando a Atenção Integral à Saúde do Trabalhador com a Ampliação do Controle Social, SMS, 1., 2003, Curitiba. *Relatório...* Curitiba: Conselho Municipal de Saúde de Curitiba, 2003.

CONFERÊNCIA MUNICIPAL DE SAÚDE, Em Defesa do SUS – Código de Saúde de Curitiba, SMS, 2., 1993. Curitiba. *Relatório...* Curitiba: Conselho Municipal de Saúde de Curitiba, 1993.

CONFERÊNCIA MUNICIPAL DE SAÚDE MENTAL, Construindo um Modelo de Atenção à Saúde Mental em Curitiba, SMS, 1., 1997, Curitiba. *Relatório...* Curitiba: Conselho Municipal de Saúde de Curitiba, 1997.

CONFERÊNCIA MUNICIPAL DE SAÚDE, Qualidade de Vida e Saúde, SMS, 3. 1995, Curitiba. *Relatório...* Curitiba: Conselho Municipal de Saúde de Curitiba, 1995.

CONFERÊNCIA MUNICIPAL DE SAÚDE, Saúde é Mudança, SMS, 1., 1991, Curitiba. *Relatório...* Curitiba: Conselho Municipal de Saúde de Curitiba, 1991.

CONFERÊNCIA MUNICIPAL DE SAÚDE, Sistema Único de Saúde – SUS – Saúde Pública com Qualidade, SMS, 4., 1997, Curitiba. *Relatório...* Curitiba: Conselho Municipal de Saúde de Curitiba, 1997.

CONFERÊNCIA MUNICIPAL DE SAÚDE, SUS no III Milênio em Defesa da Vida, SMS, 5., 1999, Curitiba. *Relatório...* Curitiba: Conselho Municipal de Saúde de Curitiba, 1999.

DUCCI, L. et al. *Curitiba: a saúde de braços abertos*. Rio de Janeiro: CEBES, 2001.

REVISTA DIVULGAÇÃO EM SAÚDE PARA DEBATE. Rio de Janeiro: CEBES, n. 19, nov. 2000.

SEMINÁRIO MUNICIPAL DE POLÍTICA DE MEDICAMENTOS E ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA, 1., 2002, Curitiba. *Relatório...* Curitiba: [s.n.], 2002.

Sobre os autores



Adriana Diniz de Deus

Médica ginecologista, sanitária e gestora hospitalar.

Adriano Maia dos Santos

Professor Assistente. Universidade Federal da Bahia – UFBA. Instituto Multidisciplinar em Saúde, Campus Anísio Teixeira. Mestre em Saúde Coletiva.

E-mail: maiaufba@ufba.br

Adriano Rocha de Santana

Agente Comunitário de Saúde.

Alan Carlos da Silva

Enfermeiro, Especialista em Promoção da Saúde (UFF), Secretaria Municipal de Saúde de Pirai – Programa Saúde da Família.

E-mail: alan_carlosdasilva@yahoo.com.br

Aline Almeida Santos

Enfermeira do Programa Saúde da Família do Município de Anagé (BA); Especialista em Saúde Pública.

Ana Maria Caricari

Mestre em Saúde Pública – Faculdade de Saúde Pública da USP.

E-mail: caricari@usp.br

Anna Cristina Vianna Corrêa Lindo

Enfermeira; Responsável Técnica do Banco de Dados da Vigilância Epidemiológica – SEMS de Piracicaba.

Annatália Meneses de Amorim Gomes

Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), Psicóloga e Psicodramatista. Assessora Técnica da Secretaria da Saúde do Ceará.

E-mail: annataliagomes@secrel.com.br

Antônio Fernandes Toninho Costa

Odontólogo, Especialista em Cirurgia Buco-Maxilo-Facial; Mestrado em Saúde Pública. Atualmente, Assessor Técnico do Departamento de Saúde Indígena da Funasa (Desai).

Arisa Nara Saldanha de Almeida

Aluna do Curso de Enfermagem do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Ceará.

Augusto Afonso Guerra Júnior

Farmacêutico – Mestre em Ciências Farmacêuticas pela UFMG. Doutorando em Saúde Pública na UFMG. Superintendente da Assistência Farmacêutica da Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. Pesquisador do GPES – Nescon/UFMG.

E-mail: augustoguerramg@gmail.com

Berenice Assumpção Kikuchi

Mestre em Educação, Enfermeira de Saúde Pública, Pesquisadora em Anemia Falciforme, Diretora Técnica do Ambulatório de AAFESP. Associação de Anemia Falciforme do Estado de São Paulo.

E-mail: anemialfalciforme@terra.com.br

Carolina Vitti Domingues

Diretora de Gestão do Trabalho e Educação Permanente.

E-mail: carolinavitti@hotmail.com

Celso Dias Coelho

Médico, Analista de Planejamento do Instituto Nacional de Câncer – Inca/MS.

Clarete Teresinha Nespolo de David

Assistente Social, Sanitarista, Mestre em Sociologia – Docente na Escola de Saúde Pública/RS-ESP/RS.

E-mail: clarete-david@saude.rs.gov.br

Cláudia Beatriz Le Cocq de Oliveira

Economista e Consultora em Saúde Pública.

E-mail: claudialecocq@uol.com.br

Cláudia Cerqueira Graça

Professora Assistente do Curso de Odontologia da Universidade Estadual de Feira de Santana. Mestre em Saúde Coletiva. Doutoranda em Saúde Coletiva.

E-mail: claudiacerqueira2006@gmail.com

Conceição de Maria de Albuquerque

Mestra em Educação em Saúde. Enfermeira Assistencial do Núcleo de Atenção Médica Integrada (Nami).

E-mail: conceicaodealbuquerque@yahoo.com.br

Daniel Resende Faleiros

Engenheiro Civil pela PUC/MG. Bacharel em Direito pela Faculdade Arnaldo Janssen. Assessor Técnico do Departamento de Economia da Saúde – DES/SCTIE/Ministério da Saúde.

E-mail: dfalleiros@gmail.com

Daniele Araujo Campos Szuster

Administradora de Empresas pela PUC/MG. Assessora Técnica do Departamento de Economia da Saúde – DES/SCTIE/Ministério da Saúde.

E-mail: danieleacampos@gmail.com

Débora Krischke Leitão

Doutora e Mestre em Antropologia Social, Professora e Pesquisadora da Universidade Estadual de Londrina e Professora Convidada de Pós-Graduação Fatec/Senac/RS.

E-mail: dekl@terra.com.br

Eduardo Sodré de Souza

Especialização em Promoção da Saúde.

E-mail: eduardossouza@yahoo.com.br

Elaine Monteiro

Doutora em Serviço Social, Professora da Universidade Federal Fluminense, Consultora dos Médicos Sem Fronteiras – Brasil.

E-mail: elaine@vm.uff.br

Elcio Lobato

Especialista em Medicina do Trabalho, Pós-Graduado em Administração Hospitalar e Serviços de Saúde, Perito Médico, Consultor em Medicina do Trabalho e Ergonomia.

E-mail: dr.elcio@terra.com.br

Eleni Aparecida Marques Guatura

Diretora de Informação e Indicadores em Saúde.

E-mail: eleniguatura@gmail.com

Eliana Marília Faria

Universidade do Extremo Sul Catarinense (Unesc).

E-mail: fariaem@uol.com.br

Emília Estivalet Broide

Psicóloga e Psicanalista Membro da Associação Psicanalítica de Porto Alegre (Appoa) e Assessora da Secretaria Municipal de Saúde de Guarulhos (SP).

Ermelinda de Fátima Vicentin Esteves

Enfermeira da equipe técnica de investigação da Vigilância Epidemiológica da SEMS de Piracicaba.

Escolástica Rejane Ferreira Moura

Doutora em Enfermagem. Docente da Universidade Federal do Ceará (UFC). Programa de Graduação e Pós-Graduação. Área de Saúde Coletiva.

E-mail: escolpaz@yahoo.com.br

Evânia Freires Galindo

Doutoranda em Desenvolvimento Urbano (UFPE). Analista de Gestão em Saúde (CPqAM/Fiocruz).

E-mail: evaniagalindo@yahoo.com.br

Fabiana Silveira Dutra Pessanha

Psicóloga Especialista em Saúde Coletiva – Pesquisadora do LEPS/UFRJ.

E-mail: fabidutra@bol.com.br

Fernando Ernesto Cárdenas

Farmacêutico; Secretário Municipal da Saúde da Prefeitura de Piracicaba.

Flávia Silva de Oliveira

Advogada. Assessora Jurídica do Conselho Estadual de Saúde de Mato Grosso. Assessora Jurídica da 6ª Conferência Estadual de Saúde de Mato Grosso. Especialista em Direito do Estado com ênfase em Constitucional.

E-mail: fla_via_@hotmail.com

Geórgia Maria Brasileiro Viana

Aluna do Curso de Enfermagem do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Ceará.

Guilbert Ernesto de Freitas Nobre

Médico Obstetra; Coordenador do Programa Saúde da Mulher.

Ioni Santos da Mata

Cirurgião-Dentista. Universidade Estadual de Feira de Santana.

E-mail: ionimata@yahoo.com.br

Iracilda Alves Braga

Assistente Social, Mestre em Políticas Públicas pelo Programa de Mestrado em Políticas Públicas da Universidade Federal do Piauí (UFPI). Professora do Departamento de Serviço Social da UFPI, Professora Titular do Curso de Serviço Social da Faculdade Adelmar Rosado e Assistente Social da Secretaria de Assistência Social e Cidadania (Sasc) do Estado do Piauí.

E-mail: iracildabraga@yahoo.com.br

Ivonete Dias da Silva Oharomari

Enfermeira; Professora de Enfermagem – nível técnico.

Jacks Soratto

Universidade do Extremo Sul Catarinense – Unesc.

E-mail: jackssoratto@hotmail.com

Jairo Luis Jacques da Matta

Sociólogo, Analista de Planejamento do Instituto Nacional de Câncer – Inca/MS.

Jeannine Lima Krischke

Especialista em Psicologia Organizacional e do Trabalho e Pós-Graduada em Educação. Coordenadora Acadêmica MBA em Gestão do Desenvolvimento Humano e Corporativo e Professora Pós Esade, Consultora da Práxis de Desenvolvimento de RH, Aluna/PEC, Doutorado/PPGIE/UFRGS.

E-mail: jeannine@terra.com.br

José Carlos de Almeida Júnior

Cientista Social, Sociólogo, Mestre em Ciência Política pela UFPE, Professor Universitário, Diretor Executivo de Atenção à Saúde do Trabalhador da Prefeitura de Recife, Coordenador do Centro de Referência Estadual em Saúde do Trabalhador da Rede Nacional de Atenção à Saúde do Trabalhador – Renast, Diretor do Instituto de Estudos em Saúde do Trabalhador – Inest.

E-mail: calmeida@recife.pe.gov.br

José Paulo Vicente da Silva

Enfermeiro, Mestre em Saúde Coletiva pelo Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (IMS/UERJ), Professor e Pesquisador da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio da Fundação Oswaldo Cruz (EPSJV/Fiocruz).

E-mail: zepa@fiocruz.br

Karla Maria Carmona Queiroz

Enfermeira Sanitarista – Ministério da Saúde.

Lenir Dresch

Servidora Pública Municipal de Entre Rios do Oeste e Conselheira Municipal de Saúde. Pós-Graduada em Vigilância em Saúde em Políticas Sociais e Atendimento à Família.

E-mail: lenir@netrios.com.br

Lia Carneiro Silveira

Doutora em Enfermagem, Professora do Curso de Enfermagem do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Estadual do Ceará.

E-mail: liasilveira@uece.br

Livia Lima Nogueira dos Santos

Cirurgiã-Dentista. Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS).
Residência Multiprofissional em Saúde com ênfase em Saúde da
Família. Universidade do Estado da Bahia (Uneb).
E-mail: livialima2@yahoo.com.br

Luís Fernando Nogueira Tofani

Supervisor de Gestão e Planejamento.
E-mail: luis.tofani@gmail.com

Luiz Mauro Marques da Cunha

Cirurgião-Dentista, Coordenador de Estágio, ET-SUS/TO.
E-mail: luismaurom@yahoo.com.br

Luiza Jane Eyre de Souza Vieira

Doutora em Enfermagem. Docente da Universidade de Fortaleza
(Unifor). Programa de Graduação e Pós-Graduação. Área de Saúde
Coletiva.
E-mail: janeeyre@unifor.br

Magda Bercht

Professora do Programa de Pós-Graduação PPGIE e do Instituto de
Informática da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Doutora em
Ciências da Computação, Licenciada em Matemática.
E-mail: bercht.inf@ufrgs.br

Márcia Antônia de Simas Pinheiro

Auxiliar de Enfermagem.
E-mail: maricasimas@globo.com

Márcia Cristina Duarte Novaes Teixeira

Técnica de Enfermagem; Equipe Técnica do Banco de Dados da
Vigilância Epidemiológica – SEMS de Piracicaba.

Marco Aurélio Bach Pons

Enfermeiro. Especialista em Gestão em Saúde. Especialista em
Enfermagem em Emergência. Hospital Municipal de Novo Hamburgo.
Serviço de Atendimento Móvel de Urgência.

Maria do Carmo Cabral Carpintério

Secretária de Saúde de Várzea Paulista.

E-mail: carminhasaude@gmail.com

Maria Rocineide Ferreira da Silva

Mestra em Enfermagem, Professora do Curso de Enfermagem do

Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Ceará.

E-mail: rocineideferreira@gmail.com

Monyk Neves de Alencar

Aluna do Curso de Enfermagem do Centro de Ciências da Saúde da

Universidade Federal do Ceará.

Myrian Machado Fernandes

Estatística, Analista de Planejamento do Instituto Nacional de Câncer –

Inca/MS.

Oviromar Flores

Mestre em Saúde Comunitária – Universidade de Brasília (UnB).

Regiane Rezende

Cirurgiã-Dentista, Especialista em Saúde Pública, Secretaria Estadual de Saúde de Tocantins.

E-mail: rezenderegiane@yahoo.com.br

Reinhard Braun

Engenheiro Civil, Analista de Planejamento do Instituto Nacional de

Câncer – Inca/MS.

Rogério Antônio Tuon

Médico Pediatra; Coordenador do Programa Saúde da Criança.

Roseane Simão Dias Chaves

Psicóloga Sanitarista – Ministério da Saúde.

Sandra Maria Cunha Vidal e Silva

Enfermeira; Responsável Técnica da Unidade de Pronto-Atendimento

Médico “Fortunato Losso Neto” – SEMS de Piracicaba.

Sandra Regina Vilchez da Silva

Especialização em Promoção da Saúde.

E-mail: vilchez07@yahoo.com.br

Sérgio Vallin

Diretor Administrativo da Federação das Santas Casas e Hospitais Filantrópicos do Rio Grande do Sul, Especialista em Administração Hospitalar e Estratégia Empresarial.

E-mail: diradm@hospifilrs.org.br

Shigeru Ricardo Sekiya

Médico Pediatra; Mestre em Administração; Diretor Hospitalar da Casa de Saúde Santa Izabel de Betim (MG).

E-mail: rshigeru@uol.com.br

Simara Moreira de Macedo

Aluna do Curso de Enfermagem do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Ceará.

Simone Rocha Valente Pinto

Mestre em Relações Internacionais, Diretora Executiva de Médicos Sem Fronteiras – Brasil.

E-mail: simone.rocha@msf.org.br

Soraya Maria Vargas Cortes

Pós-Doc. PPG/Sociologia/UFRGS.

E-mail: scortes@via-rs.net

Vera Antonieta Furlan Belmonte

Assistente Social da equipe de apoio do Pacto.

