



20º Congresso de Iniciação Científica

COMISSÕES LOCAIS DE SAÚDE E AS POSSIBILIDADES DA PARTICIPAÇÃO DA SOCIEDADE CIVIL NAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE: UM ESTUDO DE CASO

Autor(es)

REBECA PASCHOAL PÁDULLA

Orientador(es)

TELMA REGINA DE PAULA SOUZA

Apoio Financeiro

FAPIC/UNIMEP

1. Introdução

Após a Constituição de 1988, na qual a saúde é preconizada como um direito de todos e dever do Estado, a saúde, com o Sistema Único de Saúde (SUS), conquista lei própria: a lei 8.080, responsável pela normatização de todos os serviços de saúde no país, tendo como objetivos a promoção, proteção e recuperação da saúde. Nos princípios da lei, respeitando-se os anseios da reforma sanitária, saúde passa a representar não só a assistência médica curativa como também alimentação, moradia, saneamento básico, meio ambiente, lazer, trabalho, renda, educação, transporte e outros serviços que trazem o bem-estar físico, mental e social ao indivíduo, buscando-se a promoção da saúde e prevenção da doença ou seus agravos. O SUS já está implantando em todo o país, mas apenas 21 anos depois, em 28 de junho de 2011, a lei é regulamentada por meio do Decreto nº 7508. A regulamentação tem como intuito uma reorganização do SUS para garantir melhoria no acesso à saúde em todo o país, além de maior transparência na distribuição dos recursos financeiros, gestão do SUS, na segurança jurídica das relações, garantindo também uma maior participação para o controle social. Para maior acesso e divulgação do SUS são considerados: Região de Saúde, Contrato Organizativo da Ação Pública, Portas de Entrada, Comissões Intergestores, Mapa da Saúde, Rede de Atenção à Saúde, Serviços Especiais de Acesso Aberto, Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêutica. A lei 8.142, de 28 de dezembro de 1990, Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. A participação social pode ser sintetizada em três fatores: (1) transparência nas deliberações, decisões, democratizando o sistema decisório; (2) a participação social ganha visibilidade nas demandas sociais, provocando avanços na promoção de igualdades e equidade das políticas públicas; (3) e o alargamento dos direitos junto às ações estatais e equidade das executadas para o interesse público. (SILVA, JACCOUD, BEGHIN, 2005). O SUS conta com duas instâncias deliberativas nesta lei, que dizem respeito ao controle social: as Conferências de Saúde e os Conselho de Saúde. A Conferência de Saúde, nos termos da lei, deve se reunir a cada 4 anos com a representação de vários segmentos sociais, para avaliar a situação da saúde e propor diretrizes para a reformulação da política de saúde em todos os níveis da federação. Já o Conselho de Saúde, de acordo com a lei, parágrafo 2 do art. 1º: [...] em caráter permanente e deliberativo, órgão colegiado composto por representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários, atua na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde na instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, [...]. De acordo com Stralen (2005), os Conselhos Municipais de Saúde, muitas vezes, são resultados de uma política indutiva do Ministério da Saúde, pois os repasses de verbas federais se sujeitam à existência dos Conselho de Saúde e, ao mesmo tempo, é resultado de lutas de longa data pela democratização das políticas de saúde. Claro que o Ministério da Saúde teve grande responsabilidade pelo aumento do número de Conselho de Saúde, mas tal ação não nega o fato de este espaço

democrático ter sido construído ao longo da história das lutas e políticas sociais, estabelecendo a participação da sociedade civil no Controle Social das ações e serviços de saúde. No caso do município de Piracicaba, a representação da sociedade civil na saúde é definida pela participação de usuários SUS em Comissões Locais de Saúde, critério para que cidadãos possam ser elegíveis ao CMS na Conferência Municipal de Saúde. As Comissões Locais de Saúde foram criadas através da lei n 3460 em 29/05/1992. A formação dessas Comissões é feita pela comunidade, funcionários da unidade de saúde (daquela região), e administração. Uma vez que a paridade deve estar na estrutura da composição das Comissões, a comunidade, deve ter 2 titulares e 2 suplentes, os funcionários das unidades de saúde: 1 titular e 1 suplente, e a administração também 1 titular e 1 suplente. Os representantes da comunidade são eleitos através do voto pela comunidade; os funcionários da unidade de saúde são eleitos entre os funcionários do local; já os representantes da administração são indicados pela Secretaria da Saúde. Cabe aos integrantes da Comissão: indicar prioridades; acompanhar e avaliar os serviços; divulgar os serviços de saúde existentes; conhecer os funcionários da Unidade de Saúde e escala de trabalho; elaborar parecer e propostas para melhoria dos serviços; participar na elaboração do orçamento e acompanhar as prestações de contas da área da saúde; fazer contatos e reuniões com outras instituições prestadoras de serviços de saúde e com autoridades, tendo em vista a melhoria do sistema de saúde. O mandato é de 2 anos com direito à reeleição. As Comissões Locais são tão importantes quanto os Conselhos, pois têm uma comunicação mais próxima com a sociedade civil, muito maior que os Conselhos, pois estão no dia a dia com os usuários e com os trabalhadores analisando os prós e os contras de cada situação.

2. Objetivos

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

3. Desenvolvimento

Durante toda a pesquisa o método utilizado foi o qualitativo pelo fato de estarmos interessados nos significados e sentidos que o indivíduo atribui à sua ação. As técnicas utilizadas para a coleta de dados foram: observação participante, entrevista semi-dirigida e pesquisa documental. O critério para a escolha dos sujeitos entrevistados, como previsto na metodologia, respeitou contemplar as diferentes regiões da cidade, além de entrevistar aqueles que frequentam as reuniões do Conselho Municipal de Saúde e outras que não frequentam essas reuniões. De todos os procedimentos descritos, destacamos as entrevistas, que possibilitaram um diálogo aberto sobre o tema apresentado ao entrevistado. Foram entrevistados 13 integrantes de CLS.

4. Resultado e Discussão

Focando nos objetivos da investigação, os dados nos revelam a realidade das CLS na perspectiva da participação social. Em relação à identificação dos entrevistados levantamos que 69% são mulheres e 31% são homens, essa diferença entre as participações pode expressar o fato de as mulheres terem que lidar mais com a saúde que os homens, por estar mais próximas à área da saúde devido aos filhos, família, gestação. De acordo com Soares, durante os 21 anos da ditadura militar, as mulheres estiveram à frente dos movimentos populares, lutando por direitos sociais, justiça econômica e democratização. A escolaridade dos entrevistados, em sua maioria, é o Ensino Médio, mas também encontramos participantes com baixa escolaridade, o que pode dificultar a participação que requer a apropriação de textos com certo nível de complexidade. Olha que nem eu falei para você eu sou bem ignorante, não entendo muita coisa, [...] (Região Norte OD). Do perfil profissional dos entrevistados 28% são aposentados e 38% são donas de casa (56% da totalidade de mulheres entrevistadas), o que possibilita uma agenda mais flexível para se dedicar as atividades que são necessárias da Comissão Local de Saúde. A idade média dos integrantes é de 58 anos, um indicativo também para a questão de já serem aposentados. Outro dado importante acerca dos entrevistados é que 85% participou de movimentos sociais antes da CLS, um percentual muito expressivo, mostrando certa tendência de que as pessoas mais envolvidas em CLS já possuem um histórico de lideranças e participações em movimentos sociais. Esse histórico de participação em movimentos sociais está relacionado principalmente a Associação de Moradores, Centro Comunitário, além de movimentos ligados à igreja: Pastoral da Saúde e a Pastoral da Criança. Esse histórico de vivência em trabalho voluntário é mencionado como um elemento facilitador para o trabalho, ou um requisito necessário para que a CLS funcione como se deseja. Essa característica retrata duas situações aparentes: (1) como já são ativos no bairro e conhecidos pela comunidade, acabam assumindo mais uma posição dentro do bairro, para que as demandas cheguem até eles. (2) essa posição de recrutar pessoas que já possuem esse histórico de participações anteriores, faz com que um grupo pequeno de pessoas participe, podendo fazer com que pessoas que gostariam de participar desistam por não se entenderem capazes de assumir aquela posição. Em relação à saúde da cidade os discursos dos sujeitos indicam a saúde pública numa perspectiva curativa, na qual os serviços de saúde devem atender as doenças da população, definindo a saúde como ausência de doença (modelo bio-médico). Em relação ao funcionamento das CLS, o tempo de atuação dos entrevistados contribui na definição da organização interna da Comissão

(1) os entrevistados que estão a menos de um ano trazem a necessidade de se reunirem a fim de levantar as problemáticas existentes no PSF, com uma atuação ligada ao CMS. (2) os entrevistados que possuem de um a três anos de atuação já possuem certa clareza sobre o funcionamento da CLS de acordo com a lei municipal, porém alguns não conhecem as ações do CMS, ou confunde o Conselho com a Secretaria da Saúde. (3) aqueles que estão à 3 anos já possuem mais clareza das ações da Comissão, conseguindo ter mais clareza acerca das demandas da comunidade que devem ser consideradas no planejamento das ações e serviços da saúde. (4) aqueles que possuem uma participação a mais de 3 anos, possuem uma atuação bem expressiva no bairro como um todo, extrapolando as questões diretamente relacionadas aos serviços de saúde e assumem um papel de liderança na comunidade. O funcionamento de tais CLS é considerado satisfatório (bom) pelos entrevistados. Consideramos algumas mais ativas pelo envolvimento da comunidade com as questões da saúde e outras parecem estar centradas nos membros da própria Comissão que assumem um papel de mediadores entre comunidade e Secretária de Saúde, às vezes passando pelo CMS. A CLS é formada por 1 titular e 1 suplente dos trabalhadores, 2 titulares e 2 suplentes dos usuários e 1 titular e 1 suplente da administração. Nas entrevistas não aparecem os representantes dos trabalhadores e da administração, a CLS está mais evidenciada no 1º titular e seu suplente, e não na Comissão na sua totalidade. A relação das CLS com a Secretaria da Saúde é apontada, na maioria das vezes, como satisfatória, pelo fato de sempre serem recebidos e ouvidos, mesmo que as reivindicações não sejam atendidas. Mas, a relação das CLS com o CMS se diferencia muito em relação a quem participa das reuniões do Conselho e quem não participa. As CLS que participam das reuniões dizem que há uma boa relação com o CMS, já aqueles que não participam das reuniões possuem uma visão negativa do Conselho, pois sem os esclarecimentos necessários, entendem que o Conselho é apenas um intermediário entre Comissão e Secretaria de Saúde, então, muitas vezes, consideram-no desnecessário, pois já vão diretamente à Secretaria. Assim, poucas CLS participam das reuniões do Conselho. Considerando a totalidade das entrevistas, identificamos três sentidos da participação dos usuários do SUS em CLS: (1) Participativo-assistencial que está relacionado à história de participação comunitária desses usuários e de um compromisso ético com melhorias na comunidade local. É assistencial, no sentido de se reconhecerem como quem pode/deve ajudar os que precisam, tentando encaminhar demandas da população as autoridades (Secretaria da Saúde, vereadores e CMS). Nesse caso, assumem uma posição de liderança da comunidade. (2) Particularista visto que muitas questões identificadas como problemas nos serviços referem-se a experiências pessoais ou familiares vividas negativamente nos serviços de saúde;. (3) Político- eleitoral, visto que as CLS podem ser um meio para os seus integrantes se auto-promoverem, ganhando visibilidade (popularidade) necessária àqueles com pretensões a cargos no legislativo.

5. Considerações Finais

A pesquisa proporcionou compreender quem são os integrantes das CLS do município de Piracicaba, o que os levam a participar, e como agem diante dos serviços de saúde do município; compreendendo também o funcionamento interno das CLS e como se dá a relação com o CMS e Secretaria de Saúde. Na Resolução nº 333/2003, no item sobre definição de Conselhos de Saúde, está claro que a descentralização da saúde, preconizada na Lei Orgânica 8.080 e outros textos normativos, tem que ser ampliada, incluindo o que denomina de Conselhos Locais. Acompanhamos essa avaliação, visto que as pessoas vivem em locais (regiões, bairros, comunidades) que são distintos no todo de um município. Nesse sentido, qualificar as Comissões Locais de Saúde, entendemos como condição necessária para a garantia do Controle Social, pois as CLS se relacionam concretamente com as pessoas e realidade de uma comunidade. Tais Comissões devem ser consultivas e também podem monitorar de forma efetiva as ações e serviços de saúde; é necessário, portanto uma política do Conselho Municipal de Saúde que reconheça as Comissões como base para conhecimento de demandas e como instrumentos avaliativos do SUS.

Referências Bibliográficas

BRASIL. Constituição Federativa do Brasil de 1988. Seção II DA SAÚDE Artigo 196. . Acesso em 27 jan.2012.

BRASIL. Lei n.º 8.080, de 19 de setembro de 1990. Altera a legislação federal. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 20 set. 1990. Disponível em: . Acesso em: 27 de jan. 2012.

BRASIL. Resolução nº 333, de 4 de novembro de 2003. Diário Oficial da União, Brasília, DF: Imprensa Nacional, 4 dez. 2003, n. 236, seção 1, p. 57. MINISTÉRIO DA SAÚDE.

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

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

STRALEN. van. J. C. Gestão Participativa de Políticas Públicas: o Caso dos Conselhos de Saúde. Revista Psicologia Política. Associação Brasileira de Psicologia Política. Jul Dez. Vol. 5 nº 10, 2005.