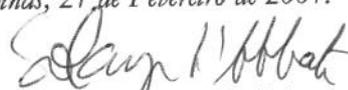


# **Maria de Fátima de Oliveira da Cunha**

*Este exemplar corresponde à versão final da  
Dissertação de Mestrado, apresentada ao Curso de Pós-  
Graduação em Saúde Coletiva da Faculdade de Ciências  
Médicas da UNICAMP, para obtenção do Título de  
Mestre em Saúde Coletiva.*

*Campinas, 21 de Fevereiro de 2001.*



**Prof. Dra. Solange L'Abbate**  
Orientadora

## **PARTICIPAÇÃO POPULAR E CONTROLE SOCIAL: A IMPLANTAÇÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE NO MUNICÍPIO DE SÃO VICENTE - SÃO PAULO**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Curso de  
Pós Graduação da Faculdade de Ciências Médicas  
da Universidade Estadual de Campinas para  
obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva

Orientadora: Prof. Dra. Solange L'Abbate

i

**UNICAMP**  
BIBLIOTECA CENTRAL  
SEÇÃO CIRCULANTE

UNICAMP  
BIBLIOTECA CENTRAL

DADE BC  
HAMADAT/UNICAMP  
C914p  
EX  
ABO BCI 5.1387  
OC 16.83710  
DK  
EQO R\$ 11,00  
TA 07/11,02  
CPD

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA  
BIBLIOTECA DA FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS  
UNICAMP

100176340-5

18 ID 266065

Cunha, Maria de Fátima de Oliveira da

C914p

Participação popular e controle social: a implantação do sistema único de saúde no município de São Vicente – São Paulo / Maria de Fátima de Oliveira da Cunha. Campinas, SP [ s.n. ], 2001.

Orientador: Solange L'Abbate  
Tese ( Mestrado ) Universidade Estadual de Campinas.  
Faculdade de Ciências Médicas.

1. Controle Social. 2. Sistema Único de Saúde. I. Solange L'Abbate. II. Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas. III. Título.

# Banca examinadora da Dissertação de Mestrado

Orientador: Profa. Dra. Solange L'Abbate

## Membros:

1. Profa. Dra. Solange L'Abbate

*Solange L'Abbate*

2. Profa. Dra. Maria Alice Amorim Garcia

*Maria Alice Amorim Garcia*

3. Prof. Dr. Luiz Carlos de Oliveira Cecílio

*Luiz Carlos de Oliveira Cecílio*

Curso de pós-graduação em Saúde Coletiva da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas.

Data: 21/02/2001

200253632

## **Agradecimentos**

Aos meus pais, que com seu trabalho e sacrifício permitiram minha formação pessoal e profissional.

Ao Pedro, por seu amor e companheirismo há onze anos.

A seu Antônio e dona Marina, meus pais desde que cheguei em São Paulo.

Aos companheiros de São Vicente: Márcia, Denise, seu João e Iana, que acreditaram naquele sonho.

Ao Arthur Chioro e Marcos Calvo, que permitiram a realização do trabalho em São Vicente.

À Jô, companheira e amiga, pelo incentivo e lealdade.

Aos conselheiros de São Vicente, que acreditaram na gente e continuam lá, lutando pela vida e pela saúde.

À Nika, irmã do coração.

À Rosana e sua família, que me adotaram aqui em Vinhedo.

À Silvana, por sua dedicação.

À CAPES, pelo auxílio financeiro.

À professora Solange L'Abbate, mestra e orientadora, exemplo de profissional e ser humano; por ter me apoiado até o fim.

Aos professores e funcionários do Departamento de Medicina Preventiva, pelo apoio.

Aos professores da banca examinadora.

Aos meus queridos pacientes, por sua paciência.

Para Bobby e Rosa.

## SUMÁRIO :

APRESENTAÇÃO	xiii
1. INTRODUÇÃO	1
2. OBJETIVOS	13
3. CONTROLE SOCIAL E PARTICIPAÇÃO POPULAR PRESSUPOSTOS TEÓRICOS E DEFINIÇÃO DE CONCEITOS	14
4. METODOLOGIA	34
5. CARACTERIZAÇÃO DO MUNICÍPIO DE SÃO VICENTE PERFIL SÓCIO – ECONÔMICO PERFIL EPIDEMIOLÓGICO O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE	46
6. RESULTADOS E DISCUSSÃO	70
7. CONCLUSÕES	178
SUMMARY	185 A
8. BIBLIOGRAFIA E DOCUMENTOS CONSULTADOS	186
9. ANEXOS	194

### **Lista de Abreviaturas:**

PMSV - Prefeitura Municipal de São Vicente

SESASV - Serviço de Saúde de São Vicente

CMS - Conselho Municipal de Saúde

SV - São Vicente

CG - Conselho Gestor

CMSE - Conferência Municipal de Saúde Extraordinária

II CMS - II Conferência Municipal de Saúde

III CMS - III Conferência Municipal de Saúde

SUS - Sistema Único de Saúde

GTCS - Grupo de Trabalho de Controle Social

## RESUMO:

Este trabalho estudou a implantação de mecanismos de participação popular e controle social junto ao Sistema Único de Saúde, no município de São Vicente - São Paulo, no período de 1993 a 1996. Os objetivos desta pesquisa foram identificar, a partir da experiência de São Vicente, a possibilidade de implementação e efetivação de fóruns de participação popular e controle social e a partir destes fóruns identificar: os resultados na melhoria dos serviços de saúde, a legitimação das políticas públicas implantadas, o incremento à prática cidadã dos representantes junto aos fóruns e as dificuldades existentes na continuidade da prática participativa quando da mudança político-administrativa local. Através de pesquisa documental foram descritos e analisados as Conferências de Saúde, o Orçamento Participativo, os Treinamentos e os Encontros de Conselheiros, o funcionamento do Conselho Municipal de Saúde e dos Conselhos Gestores de Unidades de Saúde. Foram realizadas ainda, entrevistas com usuários representantes junto aos Conselhos em dois momentos: em 1997, logo após o término da administração analisada, e em 2000, quatro anos após a implantação dos fóruns. Foi possível mostrar sua participação, dificuldades, avanços e retrocessos, bem como a descontinuidade no funcionamento dos fóruns de participação. Ficou demonstrado que a implantação destes mecanismos para democratização da gestão junto ao SUS é possível e traz resultados positivos, tanto em melhorias dos serviços de saúde, como em crescimento enquanto cidadãos para os envolvidos. O trabalho concluiu também que a continuidade e institucionalização desses fóruns torna-se muito difícil em conjunturas governamentais desfavoráveis à participação e controle da população, sobretudo quando os representantes não mantêm inserção junto ao Movimento Popular e aos partidos políticos mais progressistas. Em São Vicente, essa situação se agravou ainda mais, devido à tradicionalmente fraca organização da sociedade civil, conforme observado no processo histórico-sócio-político do município.

## **Apresentação:**

Este trabalho de investigação na área de Saúde Coletiva surgiu a partir de interesse especial despertado quando da implantação do Sistema Único de Saúde - SUS - no município de São Vicente, Estado de São Paulo, no período de 1993 a 1996, durante a Administração Democrática Vicentina, liderada pelo Partido dos Trabalhadores.

Esta Administração Pública teve como característica, dentre outras, ser acompanhada de uma grande expectativa popular em relação à sua atuação, pois foi vencedora nas eleições municipais de 1992, com cerca de 75% dos votos válidos.

No contexto da Baixada Santista, outra Administração Popular - no município de Santos desde 1989 - completava os primeiros 04 (quatro) anos de governo e havia adquirido credibilidade, entrando em seu segundo mandato.

Neste período, enquanto médica geral comunitária, sanitarista e militante do Partido dos Trabalhadores, já tendo trabalhado nas administrações petistas de Santos e São Paulo, tive a oportunidade de fazer parte da equipe de Direção do Serviço de Saúde de São Vicente – SESASV, tendo à frente dos trabalhos, um grupo de médicos sanitaristas.

Particpei ativamente da implantação do SUS local, enquanto gerente, coordenadora de programas, planejando e executando ações de saúde e mais efetivamente, implantando e colocando em funcionamento os mecanismos de Participação Popular e Controle Social junto a este sistema que estava sendo

construído, mais especificamente junto a Grupos de Usuários. Os Conselhos Gestores de Unidades de Saúde foram constituídos pela primeira vez no município durante esta gestão e ao Conselho Municipal de Saúde. Fui membro da Comissão Executiva do Conselho Municipal de Saúde no ano de 1996, indicada pelo Superintendente do SESASV (Secretário de Saúde), representando, portanto a Administração.

Além disso, fui fundadora e membro do Conselho Gestor do Centro de Saúde I de São Vicente desde 1994 até o final de 1996, inicialmente coordenando, e depois acompanhando suas atividades, dificuldades e conquistas.

Este envolvimento profundo com a administração, a cidade e a população de São Vicente foi o que me motivou realizar esta pesquisa, após o término da administração em questão, a fim de que pudesse distanciar meu olhar extremamente apaixonado pelo trabalho realizado e seus frutos. Ao mesmo tempo, propiciou-me acesso à documentação, aos atores envolvidos, ou seja, à população usuária dos serviços, aos trabalhadores da saúde (funcionários) e aos administradores públicos envolvidos no Projeto. Acrescentaria a isto o fato de ter vivido muitos dos fatos que aqui serão estudados, o que me “instigou” mais ainda a relatá-los, questioná-los e analisá-los.

Por tudo isso, essa pesquisa tem também um caráter histórico, na medida em que resgata o processo vivido na administração petista em São Vicente, que eu, através dela, tive a oportunidade de contar.

Por outro lado, passados quatro anos do período em que trabalhei em

São Vicente, a cidade foi administrada por outras forças políticas, vinculadas ao Partido Socialista Brasileiro. Esta administração pública municipal do período de 1997 a 2000 conquistou a reeleição, ao contrário da anterior, que não conseguiu se reeleger.

A Baixada Santista, como um todo, vive um contexto político bem diverso dos tempos do crescimento das forças de esquerda nesta região, o que me motivou, mais uma vez, a revisitar aqueles processos participativos e seus atores, sentindo seus sucessos e derrotas, seus avanços e suas esperanças.

Procurei colocar aqui as questões pertinentes à implantação de mecanismos de Participação Popular e Controle Social junto ao SUS local, a partir da literatura existente e dos questionamentos feitos.

Para tanto, utilizei também minhas próprias anotações, além dos relatos feitos pelos conselheiros, funcionários e membros da direção do SESASV – Serviço de Saúde de São Vicente, na pesquisa documental e entrevistas realizadas para este estudo.

Ao analisar esta experiência e produzir esta dissertação, espero contribuir para a reflexão sobre as práticas no campo da Saúde Coletiva e para a construção e consolidação do Sistema Único de Saúde e, sobretudo, para a saúde e cidadania da população do nosso país. Espero também contribuir criticamente para que os quadros do Partido dos Trabalhadores reflitam sobre sua atuação.

O trabalho está organizado da seguinte forma:

■ **Introdução:**

Onde abordo as “questões-problema” da pesquisa, sendo elas:

**primeira questão:** É possível a implantação de mecanismos de participação popular e controle social junto ao SUS?

**segunda questão:** Estes mecanismos dão respaldo às políticas públicas e fortalecem o poder do Estado?

**terceira questão:** Como garantir a implantação destes mecanismos no tempo de uma gestão pública?

**quarta questão:** Estes mecanismos de participação popular e controle social “sobrevivem” sem o incentivo governamental e sem a vinculação com o Movimento Popular?

- **Objetivos;**
- **Pressupostos teóricos e definição de conceitos;**
- **Metodologia;**
- **Caracterização do município de São Vicente;**
- **Resultados e discussão;**
- **Conclusões:** Onde procuro responder às questões feitas, bem como apontar outros questionamentos.

## 1. INTRODUÇÃO:

Desde a década de 70, constata-se, no Brasil, um recrudescimento dos Movimentos Sociais Urbanos, em meio a um contexto de repressão política e social. A consolidação desses movimentos se deu, sobretudo, na década de 80, pelo maior reconhecimento dos direitos políticos e pela institucionalização da participação da sociedade civil.

A partir dos anos 90, constata-se uma diminuição na intensidade desses movimentos, concomitante à retomada do liberalismo em termos mundiais e à formação do “terceiro setor” na América Latina e no Brasil.

Neste processo de cerca de 30 anos, as formas de participação e manifestação desses movimentos se transformaram bastante, assim como se modificou o controle do poder público pela sociedade civil.

Daí a relevância de se estudar criticamente os processos mais recentes de legitimação e institucionalização dessas forças sociais, especificamente das que se organizam no campo da saúde.

No que diz respeito à luta pela saúde, por ser a saúde um bem diretamente ligado à vida e à morte e por pertencer ao campo das políticas sociais, há um significativo acervo de pesquisas e relatos de experiências.

Neste sentido, a histórica atuação do Movimento de Saúde da Zona Leste do Município de São Paulo que, desde os anos 70 até a atualidade, representa

uma das maiores forças populares na luta pela saúde, bem como a formação dos Conselhos de Saúde em vários locais, mostram em seus avanços e recuos, a possibilidade do exercício de cidadania e da conquista de direitos.

Para Eder Sader, em “Quando Novos Personagens Entraram em Cena”, na formação do movimento de Saúde da Zona Leste, foram desencadeantes as carências no setor saúde na época e na região, além da motivação de atores importantes como as donas de casa, os médicos sanitaristas e a Igreja Católica, através das Comunidades de Base. (Sader, 1988)

A legitimação desta luta popular e a necessidade de mudanças nas políticas públicas de saúde foram também o alvo das discussões da VIII Conferência Nacional de Saúde, que em 1986 apontava para a criação de um Sistema Único de Saúde com a participação da sociedade através de Conselhos “em nível local, municipal, regional e estadual, compostos de representantes eleitos pela comunidade (usuários e prestadores de serviço)”

(NESCO - Espaço para a Saúde, 1989: 46)

Foi também no final da década de 80 que a saúde como direito de todos e dever do Estado foi institucionalizada na forma de Lei, através da Constituição Federal de 1988, e das Leis 8080 e 8142 de 1990 e Leis Orgânicas da Saúde em cada município. (Lei Federal 8080/90 e Lei Federal 8142/90)

Como fenômeno recente, conforme pesquisa de Antônio Ivo de Carvalho, os Conselhos de Saúde, integrantes do Sistema Único de Saúde, representam, nesta década, importantes espaços de “práticas sociais e políticas concretas”. (Carvalho, 1995 : 4)

Sua formação causou e continua despertando questões polêmicas, tanto para os que consideram os Conselhos, talvez ingenuamente, como sustentáculo do SUS, como para os que vivenciam seu funcionamento e conhecem suas propostas e as mudanças nas vidas de seus representantes e nas ações de saúde, especialmente no nível local, como para os que descrêem nas suas possibilidades.

Também como fruto da crise de legitimidade política do final do milênio, quando , nem após a retomada democrática e a institucionalização dos direitos sociais se conseguiu passar das leis para a prática, as formas de representação e de participação popular se diversificaram e ampliaram seus campos. Sinal disso é o advento das ONGs- Organizações Não Governamentais- instituindo o Terceiro Setor, assim chamado por ser não lucrativo, organizado fora do aparelho estatal e envolvendo pessoas em um projeto público e voluntário, como explica Rubem César Fernandes. (Fernandes, 1994)

Estas lutas, no entanto, não têm sido suficientes para mudar o quadro dramático em que se encontra a saúde em nosso país, a começar pelos índices de morbi-mortalidade, que ao findar o ano 2000, mantêm características ainda do século passado, com endemias e epidemias como o cólera, a febre amarela, não superadas ou ressurgidas pelo atraso e exclusão social, bem como novas doenças e calamidades como a violência urbana e no campo.

Neste sentido, Paulo C. Sabroza et al esclarecem:

“Em um período de cem anos, entre 1870 e 1970, sucessivas endemias foram colocadas sob controle por toda a parte, em áreas cada vez mais extensas, quando havia interesse. Acreditou-se mesmo que essa tendência fosse irreversível e que muitos parasitos humanos viriam a ser erradicados pela

aplicação adequada das técnicas disponíveis, em escala global, com a cooperação entre os diversos países (Soper, 1965).

Gradativamente, essa expectativa otimista teve que ser abandonada: doenças que estavam sendo controladas nos países periféricos, como a malária, voltaram a ter aumento expressivo, trazendo perplexidade e desânimo. Endemias até então delimitadas geograficamente passaram a ocorrer em áreas mais extensas, chegando também a regiões onde há muitos anos já não ocorriam, e até mesmo à periferia das cidades. Surtos de meningite meningocócica, de dengue e de cólera passaram a ser freqüentes em vários países." (Sabroza et al., 1995: 179)

Este perfil foi, sem dúvida, fruto das políticas econômicas e sociais adotadas no país.

A respeito desta questão, podemos citar ainda que:

"O discurso neoliberal que se propõe hegemônico explora cada vez mais as limitações das instituições de saúde atuais na formulação de propostas adequadas à nova conjuntura, procurando ao mesmo tempo enfraquecer ainda mais o papel do Estado e atribuir as responsabilidades pelo aparecimento desses problemas aos indivíduos dos grupos mais atingidos, caracterizando a culpabilização da vítima (Valla, 1993). Por um lado, aumento real na produção de doenças, por outro, ausência de capacidade efetiva de resposta por parte da sociedade." (Sabroza et al., 1995:217)

A exclusão social que se produz, produz a fome e também a doença e a morte, o que ainda não conseguimos deixar de constatar. (Escorel, 1994)

O poder público contribui para este quadro com sua omissão e incompetência para atuar em saúde, na medida em que deixa de fazer cumprir simplesmente a lei.

O próprio Ministério da Saúde, em 1993, apresentou ao Conselho Nacional de Saúde, documento chamado "Descentralização do SUS: prioridade do Ministério da Saúde", onde reconhece a diminuição nos recursos disponíveis para a área, o incipiente processo de descentralização do SUS, a má utilização de recursos e mostra uma disposição governamental de colocar enquanto política o

cumprimento dos dispositivos legais no que tange à implantação do SUS.  
(Descentralização do SUS: prioridade do MS, Saúde em Debate, n 38,1993: 4-7).

Em referência à legislação da saúde, Sposati e Lobo esclarecem:

“... Apesar de não refletir o conjunto das reivindicações dos movimentos sociais organizados, a atual legislação sanitária está além do que se pratica hoje no sistema de saúde. O legal está mais avançado que o real, neste aspecto específico...” (Sposati e Lobo, 1992 : 369)

Recentemente, em meados do ano 2000, após anos em tramitação nas instâncias decisórias federais, foi aprovada no Senado Federal a PEC - Proposta de Emenda Constitucional - que vincula recursos orçamentários federais, estaduais e municipais, para ações e serviços de saúde, representando mais um avanço na Legislação, fruto da luta de diversos segmentos interessados no financiamento da saúde:

“A vinculação das verbas orçamentárias é urgente. Por ela o Conselho Federal de Medicina tem trabalhado insistentemente. Considera o CFM que essa é a única forma de o país ampliar e melhorar a assistência a dezenas de milhões de brasileiros que têm no serviço público sua única forma de atendimento.”  
(Jornal do Conselho Federal de Medicina - Anó XV n 116 ABRIL/2000)

Se a saúde continua a ser objeto de luta por ainda não ter sido conquistada, também a participação política pressupõe uma conquista, isto significando que estes mecanismos de participação estarão constantemente se reciclando no sentido da legitimidade e do avanço, tanto para sua própria existência, quanto para suas finalidades.

Para Westphal, em sua apresentação ao livro de Bógus :

“A ação dos movimentos organizados no sentido da democratização das decisões a respeito do Direito à Saúde foi e tem sido muito importante, mesmo no momento atual, caracterizado por grande retração, motivada pelas promessas distributivas do “Plano Real”. (Bógus, 1998 :12)

Nesta perspectiva, algumas experiências locais de efetivação das políticas sociais, vêm propiciando o aumento do exercício da cidadania e da democracia direta para alguns milhares de municípios, como a experiência do município de São Paulo, que no período de 1989 a 1992, através do poder público municipal contou com a participação de Conselhos de Saúde integrados ao SUS local, vivenciando uma gestão tripartite dos serviços de saúde, com resultados positivos na melhoria dos serviços.

Segundo Mattos, em dissertação sobre a Política de Recursos Humanos da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo, na gestão 1989 - 1992:

“Para viabilizar a política de participação em toda a Secretaria foram organizadas as seguintes instâncias:

- Conselho Municipal de Saúde: composto por representantes dos trabalhadores da população organizada e da administração Municipal, Estadual e Federal. Esse Conselho era o órgão de decisão maior de toda a SMS e deveria ser implementado em nível regional e distrital.
- Conselho Técnico Administrativo: composto pelo Secretário Municipal de Saúde, assessoria direta do Secretário e Administrações das dez regiões de saúde. Esse Conselho formava outro órgão de decisão da Secretaria. Nas ARS(s) e nos DS(s) essa estrutura se reproduzia.
- Comissões Gestoras Tripartites: deveriam ser formadas em todas as unidades de saúde, com representantes da administração, dos trabalhadores de saúde e dos usuários...” (Mattos, 1996: 5)

O termo “experiência” está sendo utilizado não no sentido estrito do experimental, mas com referência a eventos únicos no país, que ocorreram e estão ocorrendo, em municípios cujas administrações públicas têm propostas e práticas sociais de saúde e democracia, não significando a realidade da maioria dos municípios brasileiros.

Pesquisa realizada pelo Ministério da Saúde - Conselho Nacional de Saúde - sobre o funcionamento dos conselhos estaduais e municipais de saúde,

demonstra o estágio inicial e frágil da participação e as dificuldades de funcionamento desses fóruns no país como um todo. (MS - CNS , 1993)

Foi a partir do engajamento em uma destas experiências que surgiram as principais questões desta pesquisa.

**A primeira questão refere-se ao fato de questionar se seria possível ou não a implantação e efetivação de mecanismos de participação popular e controle social junto ao SUS local, dada a conjuntura do município de São Vicente.**

Para tal, considero alguns outros fatores determinantes como as características do cidadão da atualidade, a pouca prática participativa dos serviços públicos e a falta de respostas às reivindicações, gerando descrédito para com tais processos.

Está claro que o cidadão de hoje não é o mesmo da década de 70, vivendo um processo que globaliza e exclui ao mesmo tempo .

Para Tarso Genro, ou temos o indivíduo “incluído”, com acesso aos benefícios sociais, à comunicação e às informações, não tendo tanta necessidade de vínculos grupais, ou temos a parcela de “excluídos”, que reage ou através da marginalidade ou de novos modos de vida comunitária. (Genro, 1996)

Grande parcela dos usuários dos serviços públicos de saúde, poder-se-ia dizer, pertence à parcela dos “excluídos”, estando este contingente reforçado pela crescente presença da classe média que, com o agravamento da crise econômica, vem sendo forçada a procurar os serviços públicos.

A cidadania exercida, por sua vez , é a chamada de “cidadania de escassez”, onde o direito não está assegurado, sequer em relação às mínimas ações de saúde. (Sposati e Lobo , 1992)

Quanto à ainda incipiente prática democrática nos serviços públicos, mais correto seria referir-se às práticas autoritárias e até violentas que os caracterizam.

Em pesquisa-ação realizada no município de São Paulo sobre Violência nas Ações de Saúde, que envolveu um fórum e vários grupos de usuários, incluindo representantes do movimento popular de saúde, constatou-se a presença de violência nas ações de saúde. Essa seria demonstrada, segundo os dados desta pesquisa, através de falta ou mau atendimento, falta de informações sobre o serviço, distanciamento e discriminação entre funcionários e população usuária, dentre outras, conforme o exemplo a seguir:

“Violência e tempo de espera:

Fui ao Hospital e tive que ficar aguardando até o final da tarde, precisava almoçar, morava longe e tava marcado para ser atendida de manhã.

O olhar da pesquisa: O tempo de espera, o número de horas, as filas, a espera para ser atendido, para consulta de retorno, para conseguir vaga em Hospital e para realizar e/ou obter resultados de exames é violência.” (SMS SP - Cadernos CEFOR n 7, 1992:63)

A população usuária dos serviços manifesta dúvidas em relação à veracidade de propostas de participação e de seus resultados efetivos, através de melhorias nos serviços. Essas dúvidas, no entanto, não são prerrogativas dos usuários, estando os servidores públicos, da mesma forma, habituados a conviver com o autoritarismo e a arbitrariedade das administrações, raramente sendo chamados a participar e, muito menos, a fazer parte de um processo de gestão.

Certamente, a falta do acesso aos serviços, se continua a ser motivo de desânimo para uns tantos, é também um dos maiores estímulos à participação para outros, numa mescla de descrença e de necessidade, sentida na sua mais plena dor, no receio pela própria sobrevivência.

**A segunda questão que me propus a estudar refere-se ao fato da capacidade que tem a implantação destes mecanismos de participação popular e controle social de respaldar as políticas públicas e fortalecer o poder do Estado enquanto estado democrático.**

De especial importância para forças que acreditam na necessidade de intervenção estatal nas políticas sociais, esta questão remete, na verdade, à discussão do papel do Estado.

No nosso caso, no que se refere à priorização de gastos públicos com a saúde, conforme analisa Amélia Cohn:

“... apesar da crise econômica e dos altíssimos índices de inflação prevalecentes até meados de 94, o PIB brasileiro vem apresentando crescimento nos últimos anos. Esse crescimento, no entanto, vem sendo acompanhado por uma crise sem precedentes na saúde. Os gastos públicos com saúde, em 1993, foram de apenas US\$ 51 per capita dando continuidade a uma curva histórica descendente, que se acentua a partir de 1987.” (Cohn, 1995: 227)

Para forças de esquerda que acreditam no estado democrático, a participação cidadã junto aos poderes instituídos é considerada condição para respaldar seus gastos e investimentos. Como exemplo dessa democratização podem ser citados os Orçamentos Participativos realizados em vários municípios do país, inclusive em São Vicente, tendo sido iniciados e consolidados nas administrações populares do Partido dos Trabalhadores, em Porto Alegre, Rio Grande do Sul.

(Genro, 1995)

**Uma terceira questão que surge a partir daí é a da diferença entre “tempo político”, aqui entendido como tempo político administrativo, e “tempo cidadão”, que seria o tempo para a construção da cidadania.**

Tentando explicitar melhor, não é possível conceber uma conquista de cidadania como se fosse a implantação de programas de saúde. Esse processo não se dá na mesma temporalidade das políticas públicas de um determinado governo, até pela constante e necessária troca de poder.

Como implantar, portanto, mecanismos institucionais de controle de políticas públicas que são descontínuas e transitórias, se os Conselhos, que dariam garantias para esta cidadania, necessitam de um tempo para adentrar, entender e fiscalizar efetivamente a “máquina” pública?

Esta questão só é pertinente, no entanto, se considerarmos a participação social junto ao SUS como “promotora” de cidadania, o que, em relação a discussão teórica feita a respeito dos movimentos sociais, passa por diversos questionamentos:

Para a teoria dos “Novos Movimentos Sociais”, por exemplo, os mesmos caracterizam-se por uma separação entre conflitos, onde os conflitos estruturais separam-se dos conflitos ligados a mudança. Assim sendo:

“Ao mesmo tempo, tais movimentos históricos, que surgem fragmentados, acabam se associando a reivindicações sociais em defesa de interesses específicos, como os direitos dos cidadãos em relação aos serviços preventivos e assistenciais de saúde, e ajudando na constituição de movimentos sociais. Também pode ocorrer o inverso: a partir de movimentos, com caráter mais reivindicativo e relacionados aos direitos da pessoa e do cidadão, formarem-se movimentos em busca de mudanças mais globais na sociedade, discutindo entre outros temas, o modo de desenvolvimento econômico e a gestão de governos.” (Bógus, 1998: 45-46)

Neste caso, são relevantes não apenas o tempo cronológico de um determinado governo local, como também o investimento na capacitação dos atores envolvidos nestes espaços participativos, seria importante.

Segundo Victor Vincent Valla , através da “apropriação de informações técnicas e conhecimentos específicos que instrumentalizem as ações” poderíamos ter alguns dos caminhos para a superação destas dificuldades. (Valla , 1993: 20)

**Por último, outra questão importante que surge desta pesquisa é a das condições de sobrevivência , a longo prazo , destes Conselhos:**

Será possível que estes Conselhos possam “sobreviver” em outro contexto político-administrativo sem os mesmos estarem respaldados no Movimento Popular organizado e autônomo? Se seus representantes não estiverem vinculados a outras formas de participação e representação política local?

Em algumas experiências, como a do município de São Paulo, foi considerado fundamental para o sucesso da participação institucional o investimento na organização autônoma dos Movimentos. (PMSP - SMS , 1992)

Sabe-se, contudo, que quando da retirada da intervenção pública houve um “retrocesso” inicial das instâncias institucionais formadas, fato não restrito à experiência citada e parcialmente revertido pela forte presença do Movimento de Saúde e de agentes políticos ligados a ele, como membros do Legislativo local e do Movimento Sanitário.

A propósito desta questão, em estudos sobre o tema realizados a partir de São Paulo:

“A experiência da implantação de Conselhos com representação popular nos níveis central, regional, distrital e local, no período da administração do Partido dos Trabalhadores no Município de São Paulo, permitiu a apreensão de

três aspectos. O primeiro é o baixo nível de institucionalização da proposta, se forem considerados todos os níveis e todas as regiões. Maiores avanços ocorreram nas regiões onde já existia algum nível de organização anterior, como é o caso da própria região leste e sudeste..." (Bógus, 1998: 26)

No município de São Vicente, devido as características e peculiaridades de sua estrutura sócio-econômica, a recente implantação do Sistema Único de Saúde e as características de participação cidadã na vida pública, o desafio de implantar mecanismos de participação popular e controle social mostra-se particularmente difícil e ao mesmo tempo rico, no que tange às questões que são objeto deste estudo: seja pela falta de experiência histórica anterior, seja porque os Conselhos foram considerados prioritários na implantação do SUS, seja porque se garantiu uma implantação mais eficaz dos mesmos, seja porque, quiçá, poder-se-ia garantir sua continuidade...

## **2. OBJETIVOS:**

Devido à experiência recente de implantação do Sistema Único de Saúde em São Vicente, e ao fato de ser esta ainda uma história não contada, este estudo se propõe inicialmente a fazer um resgate histórico do processo, com ênfase nos mecanismos de participação popular e de controle social que fizeram parte do mesmo, durante a Administração Municipal, no período de 1993 a 1996.

### **OBJETIVO GERAL:**

Identificar, a partir de uma experiência concreta de implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) no município, a possibilidade de implementação e efetivação de mecanismos de Controle Social e Participação Popular.

### **OBJETIVOS ESPECÍFICOS :**

A partir dos mecanismos de controle social e participação popular, identificar:

1. Os avanços e conquistas, na melhoria do funcionamento dos serviços públicos de saúde;
2. A legitimação das políticas públicas implantadas pelo poder público local;
3. O incremento à prática cidadã de usuários e trabalhadores da saúde, neles envolvidos.
4. A continuidade da prática participativa, quando da mudança político-administrativa local.

### 3. PARTICIPAÇÃO POPULAR E CONTROLE SOCIAL

#### 3.1 PRESSUPOSTOS TEÓRICOS E DEFINIÇÃO DE CONCEITOS:

Uma primeira abordagem do objeto de estudo deste trabalho exige “a priori” uma melhor definição dos termos utilizados para defini-lo.

O termo “Controle Social” é de uso recente e controverso, podendo ser descrito como o controle sobre a sociedade, atribuído ao Estado ou regime político-econômico, como descreve István Mészáros em “A Necessidade do Controle Social”. Para este autor, as características do capitalismo propiciaram inicialmente o que se chama de necessidade de “manter a nação como refém”. No entanto, para o mesmo autor, neste século emergiu uma contradição junto ao capitalismo, com a perda de controle por parte do capital e o surgimento da idéia de controle dos trabalhadores. (Mészáros, 1993)

Na Sociologia, como explica Antônio Ivo de Carvalho, o termo tem sido utilizado para definir a influência do coletivo sobre o indivíduo, aí agregando-se costumes e normas, além de uma definição subjetiva, de origem Freudiana como esclarece este autor, na qual o “superego” agiria como controlador interno. (Carvalho, 1995)

No entanto, aquele primeiro tipo de controle social não será objeto deste estudo. Definimos **Controle Social** como o mecanismo pelo qual a sociedade supostamente controla o Estado, através de fóruns de participação e gestão colegiada, que se apresentam enquanto práticas contra-hegemônicas.

As intervenções nas áreas sociais são historicamente promovidas em um movimento do Estado para controlar a sociedade, até mesmo as práticas de saúde pública assim o são quando pretendem controlar doenças. Para o mesmo autor já citado, por exemplo, “essa modalidade de relação Estado-sociedade em saúde é informada por um marco político e técnico onde não há sujeitos senão entre os executores da ação sanitária...” (Carvalho, 1995 :12)

Na prática, tomando-se o termo propriamente dito, não existiria este controle da sociedade sobre o Estado, e sim um processo de participação social junto ao poder público, isto se dando ainda de maneira inicial a partir da retomada democrática e estando em processo de construção. Aqui utilizaremos os termos “mecanismos de controle social e participação popular”.

E a participação popular? Este é o marco inicial da redefinição da relação entre Estado e Sociedade, que para Antônio Ivo de Carvalho, se deu em um potencial crescente, partindo da “Participação comunitária: completando o Estado”, para a “Participação popular: combatendo o Estado” e, por último, para a “Participação social: controlando o Estado”.

Os movimentos sociais, assim como a sociedade brasileira, evoluíram e se transformaram durante as décadas de 70, 80 e 90.

A participação comunitária, de ideologia americana, na área de saúde dá origem à Medicina Comunitária, que resultou em movimentos ocorridos no país na década de 70, onde a idéia de participação se vincula a uma mudança no enfoque da saúde e da doença. Assumindo uma concepção mais ampla do processo

saúde-doença, esta prática atribui ainda grande importância ao comprometimento da comunidade com as ações de saúde desenvolvidas.

Já a participação popular surge com o aprofundamento da visão crítica em relação às políticas públicas, em um momento no qual era proibido participar, devido à vigência do regime autoritário no país, constituindo os movimentos populares das décadas de 70 e início dos anos 80. (Carvalho , 1995)

Para Gohn, em estudo sobre os Movimentos Sociais na década de 90:

“A construção de uma nova concepção de sociedade civil é resultado das lutas sociais empreendidas por movimentos e organizações sociais nas décadas anteriores, que reivindicaram direitos e espaços de participação social. Essa nova concepção construiu uma visão ampliada da relação Estado-sociedade, que reconhece como legítima a existência de um espaço ocupado por uma série de instituições situadas entre o mercado e o Estado, exercendo o papel de mediação entre coletivos de indivíduos organizados e as instituições do sistema governamental.” (Gohn, 1997: 301)

#### ■ **Participação Popular:**

Neste estudo, são considerados “mecanismos de participação popular” todas as formas de participação autônoma da sociedade civil junto ao Estado, ou seja, as entidades do movimento social ou movimento popular, além das entidades pertencentes ao chamado “Terceiro Setor”. (Fernandes,1994)

Como mecanismos de participação popular temos, portanto, entidades de bairro, ONGs e os Conselhos Populares , por exemplo . (PMSV - SESASV, 1994)

### ■ Conselhos de Saúde:

Os primeiros CONSELHOS POPULARES DE SAÚDE dos quais se tem notícia, originaram-se do Movimento de Saúde da Zona Leste do Município de São Paulo, na década de 70.

Os Conselhos Populares de Saúde, assim considerados pelo próprio Movimento Popular, “são braços do movimento popular dentro da administração para defender os interesses e organizar a população usuária” (Movimento de Saúde da Zona Leste - N 3, 1989:18).

Sua composição deve refletir a representação popular , sendo eleitos diretamente pela população local. São colegiados autônomos ao Sistema de Saúde e se reúnem em um fórum maior chamado Plenária de Saúde .

Ainda fazendo parte de um processo evolutivo, mas não substitutivo, a institucionalização da participação social surge, como consequência direta das lutas dos movimentos populares, mas também como uma reação do Estado ao seu próprio desgaste junto à sociedade:

“Nos anos 80 a temática da participação social era um ponto de pauta das elites políticas, denotando dois fenômenos: de um lado a crise de governabilidade das estruturas de poder do Estado, desgastadas e deslegitimadas pelo autoritarismo; de outro, a legitimidade das demandas expressas pelos movimentos sociais - novos ou velhos - e a conquista de espaços institucionais como interlocutores válidos. Nos anos 90 a agenda política das elites dirigentes se modifica em função de problemas internos e das alterações que a globalização e as novas políticas sociais internacionais passam a impor ao mundo capitalista. Nesta nova agenda só há lugar para a participação e para os processos de descentralização construídos no interior da sociedade política, pois as formas de participação direta foram se institucionalizando.” (Gohn, 1997: 310)

A tradução para a área da saúde é a institucionalização dos Conselhos Populares das décadas de 70 e início de 80, para os Conselhos Gestores, partes integrantes da estrutura estatal.

#### ■ Os Conselhos Gestores junto ao SUS:

Os Conselhos de Saúde, por sua vez - Conselho Municipal de Saúde, Conselhos Regionais e Distritais e Conselhos Gestores de Unidades de Saúde - por serem parte institucional do Sistema Único de Saúde, são considerados “mecanismos de controle social” ou de participação social. (PMSP- SMS, 1992)

A regulamentação da participação popular junto ao Sistema Único de Saúde se deu através da Lei 8.142 de dezembro de 1990, onde :

Art. Primeiro – “O Sistema Único de Saúde - SUS, de que trata a Lei n 8.080 de 19 de setembro de 1990, contará, em cada esfera de governo, sem prejuízo das funções do Poder Legislativo, com as seguintes instâncias colegiadas” :

- I - a Conferência de Saúde, e
- II - o Conselho de Saúde,
- E na mesma lei :

Parágrafo Segundo – “O Conselho de Saúde, em caráter permanente e deliberativo, órgão 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, cujas decisões serão homologadas pelo chefe do poder legalmente constituído em cada esfera de governo”.

Parágrafo Quarto – “A representação dos usuários nos Conselhos de Saúde e Conferências de Saúde será paritária em relação ao conjunto dos demais segmentos” (Lei 8.142, 1990)

A organização dos Conselhos se dá, pois, a partir do Conselho Nacional de Saúde, Conselhos Estaduais de Saúde e Conselhos Municipais de Saúde.

Mais recentemente, de acordo com a descentralização das estruturas administrativas do SUS, através das regionais, tem-se os Conselhos Regionais de Saúde, englobando regiões distintas em um mesmo Estado da Federação.

Com a proposta de municipalização da saúde e a ênfase dada ao poder local no início da década de 90, foi estimulada em alguns municípios, sendo o pioneiro mais uma vez o município de São Paulo, a criação de Conselhos Gestores em Distritos de Saúde de um mesmo município e nas próprias Unidades de Saúde do Sistema, praticando o princípio da descentralização em todos os níveis de atenção. (PMSP - SMS ,1992)

Com esta estrutura gerencial descentralizada e participativa, inaugura-se o período da gestão TRIPARTITE, com a participação do Governo, dos trabalhadores da saúde (funcionários dos serviços) e dos usuários.

Todos estes instrumentos de gestão devem dispor de Regimento Interno de funcionamento, fazendo parte da estrutura do SUS em todos os níveis.

As Conferências de Saúde, por sua vez, configuram-se como as instâncias máximas de decisão das políticas de saúde, porém com sua característica de periodicidade e resoluções pautadas em diretrizes.

No organograma gerencial dos municípios, a partir de então, deveria constar a figura do Conselho Municipal de Saúde como o órgão de decisão diretamente subordinado ao Executivo local, a ele estando subordinado o representante da pasta da saúde no município.

## **3.2 AS QUESTÕES DA PESQUISA:**

### **I. O CONTROLE SOCIAL JUNTO AO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE É POSSÍVEL?**

Considero esta questão prioritária neste momento histórico e ela remete, em primeiro lugar às motivações que levariam os cidadãos a participarem ou não destes fóruns.

Sob meu ponto de vista a participação se justificaria por si e para alguma finalidade, agregando aí a cidadania enquanto prática - o ato de participar - e a cidadania enquanto conquista - os resultados desta participação, isto se considerada tanto por parte da população quanto por parte dos gerenciadores das políticas públicas.

A história das políticas de saúde no Brasil, desde a década de 70, mostra que a atuação dos movimentos populares de saúde sempre esteve agregada às necessidades e às parcas melhorias conquistadas nos serviços de saúde.

Vejamos o que nos diz Costa a este respeito:

“À medida que, nos últimos anos, avança no Brasil, o debate a respeito da reforma sanitária, têm aparecido referências genéricas aos “movimentos sociais” como interlocutores das tentativas de desenvolvimento de um novo padrão de serviços públicos de saúde. O aspecto positivo deste fato é que esta preocupação tem permitido discutir, na área da saúde, a ação dos distintos grupos e classes na definição das políticas sociais. De alguma maneira, as propostas sobre a reorganização dos serviços de saúde deixam de ser tratadas como questão administrativa ou de interesse puramente técnico; começam a considerar, nos seus cálculos, o papel que demandas coletivas exercem na definição da utilidade das políticas sociais.” (Costa, 1989: 46)

E ainda , segundo Bodstein e Fonseca:

“... Após sua implantação gradativa, (da infra-estrutura de saúde) para a qual contribuíram decisivamente os movimentos sindicais e populares,

transforma-se num processo de difícil reversão. Passa a integrar os chamados direitos básicos do cidadão que nas diversas conjunturas políticas constituem objeto de disputa e de conquista das classes populares.” (Bodstein e Fonseca, 1989: 68)

No entanto, não é possível superestimar este poder de atuação dos movimentos populares, até mesmo pelo seu caráter de “movimento”, bem como pelas condições políticas que foram se alterando ao longo dos anos.

Para Pedro Jacobi :

“Pode-se concluir que, dadas as características assumidas pelos movimentos sociais no Brasil, eles se desenvolvem principalmente como reflexo da precariedade ou falta de condições dos canais de representação, ou de arranjos institucionais existentes no período autoritário. Na medida em que esta situação começa a se reverter e os partidos adquirem presença e competitividade na sociedade, os movimentos perdem o seu dinamismo e visibilidade.” (Jacobi, 1989 : 140)

No que se refere ao Controle Social, ou seja, mais especificamente os mecanismos institucionalizados do final da década de 80 e década de 90 - os Conselhos de Saúde enquanto estruturas gerenciais do Estado - se por um lado se constituíram em motivo de questionamento e apreensão por parte dos movimentos “autônomos”, também mostram hoje o quanto a “personagem” “sociedade civil organizada” entrou para ficar na vida pública.

No Relatório Final de Oficina de Trabalho realizada no Instituto de Saúde - Controle Social no SUS; a prática e os desafios, consta que:

“A disputa e a mediação de interesses dentro dos conselhos gestores (Conselho Nacional, Municipais, Regionais, Distritais e Locais de Saúde), na forma de pactos, geram a identidade dos mesmos. Os conselhos gestores, portanto, são organismos que expressam a representação dos interesses plurais da sociedade, significam um avanço na democratização do Estado...” (Neder, 1995: 5)

E no mesmo relatório:

“A grande preocupação hoje é com o risco de burocratização e esvaziamento político dos conselhos gestores, ficando o Executivo livre para decidir isoladamente ou substituindo o poder deliberativo dos conselhos pelas comissões bi e/ou tripartite.” (Neder, 1995: 6)

Para considerarmos como possibilidade, portanto, a existência e eficácia destes mecanismos de Controle Social junto ao SUS é preciso decifrar:

■ A necessidade existente, ou seja, qual a demanda para a participação?

Há que se contemplar as carências que efetivamente ainda se apresentam nos serviços públicos de saúde;

Há que se entender, por outro lado, como a sociedade está sendo (ou se sentindo) representada através dos mecanismos de representação indireta, por exemplo, o que gera maior ou menor necessidade de sua intervenção de forma direta.

■ A conjuntura atual das políticas públicas de saúde e das políticas sociais como um todo, já que são determinantes da saúde populacional e, portanto, das demandas por ações e serviços de saúde.

Para Campos, a respeito da experiência de Campinas:

“Na verdade, tentamos, em Campinas e em São Paulo, estender para as unidades e regiões de saúde o espírito da lei constitucional que criou os Conselhos nas diversas instâncias de governo: município, estados e União.

Ora, conforme demonstrei, não faz parte da tradição política brasileira nem a abertura do Estado ao controle da sociedade e nem a convivência com as formas, ainda que moderadas, de auto governo...”

E o mesmo autor argumenta:

“De qualquer forma, desistindo-se do auto-governo e da co-gestão caímos inevitavelmente ou na destruição do Estado ou nas velhas formas de

funcionamento da máquina pública. Mas estas duas alternativas já as conhecemos bem: redundam em desperdício, corrupção, clientelismo, privatização do público e em burocratização." (Campos, 1997: 45)

## **II. A PARTICIPAÇÃO POPULAR E O CONTROLE SOCIAL DÃO RESPALDO ÀS POLÍTICAS PÚBLICAS E FORTALECEM O PODER DO ESTADO ?**

Na abordagem desta questão, necessitamos abordar a relação que o Estado tem e que efetivamente pretende ter com a sociedade, o que nem sempre é demonstrado de forma clara ou percebido como tal pela população, levando-se aqui em consideração desde a dimensão macro até o nível local da política pública.

Houve um movimento por parte do Estado Capitalista e este teve sua representação no Brasil e nas políticas de saúde, no sentido de dar as mínimas condições de sobrevivência para a força de trabalho a fim de que se processasse o desenvolvimento.

Pedro Jacobi explica a relação do Estado com os movimentos sociais no período pós-64 no Brasil da seguinte forma :

“ A concepção pautada na polarização da relação Estado-movimentos sociais tende a negar um dado cada vez mais presente na dinâmica das sociedades capitalistas, ou seja, o de que o Estado, se bem age para assegurar a reprodução do capital, também se concretiza em domínios de ação funcionalmente vinculados à reprodução da força de trabalho, esfera vinculada a ação dos movimentos sociais.” (Jacobi, 1989: 4)

“Neste sentido, o papel das instituições estatais e das diferentes funções do estado tem de levar em conta o campo das relações de classe, cujo eixo de articulação organizacional é o Estado, que freqüentemente não aparece como ele é.” (O'Donnell, 1980:80-1)

No mesmo estudo, Pedro Jacobi descreve aspectos da política social no Brasil pós-64:

“Quanto à política de saúde, registra-se uma crescente privatização e auto-sustentação, graças à canalização de fundos públicos através da Previdência Social.” (Jacobi, 1989 : 9)

No entanto, seguindo um perfil contraditório de atuação, devido à crise no regime autoritário e às crescentes demandas sociais, o Estado, mais especificamente, o Governo Estadual de São Paulo investe na ampliação da rede de saúde ao final da década de 70 e início dos anos 80:

“Diante da emergência cada vez mais manifesta de demandas dos setores excluídos, o Estado se vê ante uma situação de não mais poder adiar a expansão efetiva da rede de CSs, em detrimento de outras áreas...” (Jacobi, 1989: 144)

Na década de 80, com a reabertura política, há necessidade de mudar a relação do Estado com os movimentos populares e se inicia um processo de institucionalização da participação .

Conforme Editorial da Revista Espaço para a Saúde do NESCO - Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva , em 1988:

“O modelo de Política de Saúde adotado e consolidado no Brasil a partir do regime militar de 64 conduziu nosso sistema assistencial a um estado de completa falência ... As idéias da Reforma Sanitária foram geradas especialmente a partir da década de 70 e culminaram com as propostas da VIII Conferência Nacional de Saúde que idealizaram um sistema de saúde participativo, igualitário, descentralizado, integral e universalizado ...” (Espaço para a Saúde, 1988 : 3)

A VIII Conferência representou um marco na participação e dela resultaram os princípios do Sistema Único de Saúde que temos hoje, com base na

Constituição de 1988, na qual é imputada ao Estado a responsabilidade pela saúde e estabelecida a participação popular como uma das diretrizes do novo sistema:

#### “Seção II - DA SAÚDE

Artigo 196 - A saúde é um direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação .

Artigo 198 - As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:

I - descentralização, com direção única em cada esfera de governo;

II - atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;

III - participação da comunidade.”

(Constituição da República Federativa do Brasil , 1988)

No entanto, as políticas públicas não acompanharam nem as formulações legais nem as necessidades da população, e o Sistema Único de Saúde continua a ser, na maioria dos locais onde está implantado, mais um motivo de descrédito para com o poder público.

E isto não exatamente por seu modelo, mas pelo papel não assumido efetivamente pelo Estado brasileiro em relação às políticas públicas.

Amélia Cohn comenta a relação que o Estado capitalista mantém com a saúde pública no Brasil, afirmando que:

“Por outro lado, a queda de recursos do orçamento fiscal destinados à saúde não possibilita a recuperação dos serviços públicos do setor, sendo que a pressão do aumento da demanda - seja pelo agravamento do quadro de morbi-mortalidade, seja pelas crescentes restrições de atendimento impostas pelo setor privado - contribui para a piora das já precárias condições e qualidade da atenção pública à saúde.

Dessa forma, o movimento sanitário brasileiro termina a década de 80 assistindo ao seu esgotamento - representado pela mudança institucional no setor - sem no entanto lograr reverter a lógica que vinha regendo as políticas de saúde de maneira a garantir a universalidade e a equidade da atenção à saúde num processo de crescente exclusão social." (Cohn, 1995: 235)

E mais :

"Ao contrário do período anterior, no decorrer da década de 70 e parte da década de 80, emerge a nova imagem do Estado como problema. Essa nova imagem vem em parte associada ao relativo fracasso do Estado na realização das tarefas definidas pela agenda anterior - a modernização - mas também vem associada ao fato de a própria agenda ter se alterado, na medida em que se alterou a própria concepção de mudança estrutural." (Cohn, 1995: 237)

Portanto, a mesma política, possibilita a legitimação estatal também pode desmoralizá-la, e vice-versa, dependendo das ações e forças políticas hegemônicas e do movimento organizado se relacionando com elas.

Para Gohn, as novas experiências do movimento social da década de 90 mostram:

"Neste sentido, os movimentos que participam destas experiências também redefinem seus valores no sentido de olharem para o Estado não como para um inimigo, como nos anos 70-80, mas como para um interlocutor, um possível parceiro..." (Gohn, 1997:317)

### III. SE O TEMPO PARA A EFETIVAÇÃO DOS MECANISMOS DE PARTICIPAÇÃO POPULAR E DE CONTROLE SOCIAL NÃO SE LIMITA AO TEMPO DE UM GOVERNO, COMO GARANTIR SUA IMPLANTAÇÃO?

É impossível proceder a uma revisão teórica do tema proposto sem remeter para as questões de cidadania e de direitos, que afinal são os objetos perseguidos por aqueles que participam.

Conforme L'Abbate , em suas considerações sobre o direito à saúde :

“...destaco a de considerar o direito à saúde como um princípio ao mesmo tempo instituído e instituinte, no seguinte sentido : como princípio instituído, ou seja, colocado como princípio constitucional, representa o resultado da atuação de diferentes grupos sociais e o fato de poder vir a ser um princípio instituinte norteador de práticas político-institucionais, também depende da atuação de diferentes grupos sociais .” (L'Abbate,1990: 77)

Por outro lado, ao mesmo tempo em que as noções sobre os direitos e a cidadania se tornaram senso comum, isto não significa necessariamente a mobilização em torno delas, pois esta se dá em determinados grupos da sociedade, aqueles mais organizados e sob determinadas circunstâncias.

A mesma autora, em suas conclusões de pesquisa realizada em Campinas, afirma que :

“Os setores que denominei de “consumidores”, tanto o movimento sindical como o movimento popular de saúde, pensam o direito à saúde como palavra de ordem, como algo a conquistar, e mesmo sem compreender muitas das atuais diretrizes da política de saúde, têm uma definição muito clara a respeito do direito à saúde: significa serviço gratuito universal e de boa qualidade .” (L'Abbate,1990: 583)

Em relação a um contingente maior de usuários, poder-se-ia dizer, que os mesmos têm várias idéias e noções sobre seus direitos, incluindo aqueles grupos

que, talvez pela sua exclusão, não incorporaram práticas de luta e reivindicação, ou seja, o “princípio instituinte”.

Além disso, os mecanismos de participação popular e de controle social, considerados direitos, necessitam ser incorporados e exercidos como tais.

Contudo, a relação entre o tempo que se tem ao se implantar uma política e o tempo de sua efetivação, no caso aqui a efetivação dos mecanismos de participação e controle junto ao SUS, depende muito do que se pretende com estes mecanismos e do acúmulo de práticas de cidadania que têm os grupos envolvidos - alvos da política de participação.

Uma das dificuldades enfrentadas pelos movimentos sociais e seus participantes é a efetivação de mecanismos de controle social. Isto foi e continua sendo fruto de uma grande expectativa sobre a atuação dos Conselhos. Muitas vezes as expectativas a respeito do funcionamento desses Conselhos são postas em torno de ideais que eles não podem cumprir, gerando o uso indevido de tais mecanismos e a conseqüente descrença nos mesmos.

A respeito disso, Eunice Durham esclarece :

“A dificuldade deriva, em grande parte, do fato desses movimentos não se enquadrarem nas expectativas que os estudiosos e os militantes políticos haviam construído sobre a forma pela qual deveria ocorrer a transformação política da sociedade brasileira e sobre os instrumentos adequados para essa transformação.” (Durham, 1984: 24)

E como promover conquista de cidadania desvinculada da discussão político-partidária?

Este dilema, enfrentado pelos Movimentos Sociais, também é enfrentado nas discussões e formações dos Conselhos.

Se por um lado, os Conselhos são palco da heterogeneidade e da participação direta, também é fato que a participação política tende a acontecer de forma crescente. Isto significa que seus participantes têm a possibilidade de considerar importante sua participação na vida pública de seu bairro, de sua cidade, através da representação legislativa, por exemplo. Por outro lado, somente uma vinculação partidária e, por ocasiões eleitoreira, favorece a vulnerabilidade dos fóruns de participação, que ficam sujeitos às marés da política local, impedidos de exercer efetivamente o Controle sobre o SUS.

Para a mesma autora, ainda :

“E, entretanto, essas infiltrações e manipulações (que aliás, contribuem para complicar a questão de base de classe desses movimentos) são parte integrante do processo de mobilização e elementos importantes para entender o caráter plenamente social desses movimentos. São essas ligações políticas “clandestinas” que estabelecem elos entre mobilizações restritas, centradas no interesse de alguns, com forças sociais e políticas mais universalizantes, presentes no conjunto da sociedade.” (Durham , 1984: 30)

Marcia Faria Westphal, estudando as dificuldades existentes para o funcionamento do Conselho Municipal de Saúde de um pequeno município da grande São Paulo, conclui:

“As dificuldades decorreram, em parte, pela inserção do Conselho e dos seus membros, em um contexto sócio-político de um pequeno município, mais marcado por estes traços da cultura política brasileira, tutelar, clientelista e

populista , que embasam uma luta política por favores e não pelo direito.” (Westphal, 1995: 45)

No entanto, estas experiências de implantação do SUS nos níveis locais e de seus Conselhos Gestores acontecem em um tempo cronológico de uma , às vezes, de duas gestões públicas (de quatro a oito anos). Será este um tempo suficiente para mudar esta cultura política e promover uma participação cidadã?

E de outra forma, será justo não fazê-lo por estar o poder público preso a estas dificuldades e a um limite de tempo?

É possível, através deste questionamento, remetermos a situação da “experiência” e da descontinuidade, que preocupa a todos os que estudam o tema:

“O problema, em termos de estratégia política para a construção da democracia, é que a maioria dos exemplos citados se inscrevem como “experiências” sob a coordenação de certas correntes político-partidárias. Quando estas correntes saem do poder - por terem perdido as eleições - tais experiências são varridas do cotidiano da gestão das coisas públicas, deixando a memória - por meio de seus registros e memória coletiva de participação - sem inscrever as novas práticas como partes constituintes da sociedade política.” (Gohn, 1997: 317-318)

#### **IV. OS MECANISMOS DE PARTICIPAÇÃO POPULAR E CONTROLE SOCIAL SOBREVIVEM SEM VINCULAÇÃO COM O MOVIMENTO POPULAR E COM FORÇAS POLÍTICAS LOCAIS EM UM CONTEXTO SEM O INCENTIVO GOVERNAMENTAL AOS MESMOS?**

Esta questão talvez parecesse redundante, não fosse a conjuntura em que se deu a experiência aqui tratada .

Se é verdade que os mecanismos de Controle Social são, em grande parte, frutos dos movimentos populares, isto não necessariamente está consolidado em todas as localidades onde são previstos conselhos para funcionar junto ao SUS.

A tradição de luta e participação historicamente se situava nos grandes centros e em seus vínculos com os movimentos sindicais, nas décadas de 70 e início dos anos 80. A partir daí temos o refluxo destes movimentos e o aparecimento dos movimentos de luta pela questão da terra.

Contudo, as carências em relação ao direito à saúde se espalham pelos “interiores” do país, o que acaba criando uma situação propícia à atuação e continuidade dos Conselhos.

O fato é, que, a maioria dos Conselhos funcionam com o apoio do poder público local e por intermédio do incentivo a participação, fato este que não deve ser negado, sob pena de fazermos uma avaliação não contextualizada do processo.

A autora já citada, ainda conclui em seu estudo:

“O processo de democratização política dos municípios foi iniciado, mas ainda está em um estágio incipiente, não funcionando o Conselho como um exemplo de uma dinâmica de gestão descentralizada. Na gestão 91/92 sua implantação e funcionamento foram facilitados por ter na administração municipal, como apontou Jacobi (1992) como condição facilitadora, cargos políticos ocupados por quem defende a democratização das decisões.” (Westphal, 1995: 44)

O problema da sobrevivência destes mecanismos de Controle Social está intrinsecamente ligado à continuidade das políticas de saúde no nível local, uma vez que com a alternância periódica de poder, interesses que necessariamente

deveriam continuar os mesmos - pois a saúde continua sendo necessária - tendem a ser reinterpretados ou até transformados significativamente em função de negociações e projetos políticos.

Na atualidade, a formação e o desenvolvimento dos Conselhos de Gestão têm sido estimulados pelas mais diversas correntes e esferas de poder , tendo sido elaborados vários documentos oficiais contendo normas de funcionamento e legislação, no sentido de instrumentalizar a participação e tornar a representação mais efetiva.

Em seu "Guia de referências para o Controle Social - Manual do Conselheiro", o Ministério da Saúde através do Projeto Nordeste – I EC, alerta para as principais informações que os Conselheiros devem deter para exercer efetivamente o Controle Social:

"O atual estágio de desenvolvimento do SUS, no que diz respeito à questão do controle social tem mostrado que, a despeito do cumprimento das normas legais pelos estados e grande número de municípios para a constituição de Conselhos de Saúde, alguns aspectos, tais como a representatividade e a efetiva participação da sociedade civil, ainda estão aquém do que se pode considerar como mínimo indispensável para a consecução plena do direito estabelecido. Isto se torna mais evidente quando se verifica a competência dos Conselhos de Saúde e se considera a gama de informações que são necessárias para o cumprimento de tais atribuições..." (MS, 1994: 5)

Estas iniciativas não traduzem, contudo, garantias de continuidade, especialmente à nível local das políticas públicas, estando os Conselhos, mesmo que previstos em lei, em funcionamento e com razoável representatividade, na dependência que o poder público e a sociedade como um todo os reconheçam como representantes dos interesses coletivos da saúde.

Em trabalho realizado analisando a experiência do município de São Paulo, a questão da representatividade é assim colocada:

“Boa parte dos representantes , aliás , vem dos movimentos populares , o que lhes garante uma representação qualitativamente diferenciada pelo acúmulo de discussão. Porém, onde a organização popular não existe, as dificuldades aumentam pela ausência de uma política clara de representação, bem como de uma agenda para a formação das comissões.

A falta de uma política de representação reflete em grande medida um caráter de ensaio e erro que marca essa experiência.” (Conh, Elias e Jacobi, 1993:92)

Poder-se-ia dizer que nem a legalização e nem a institucionalização da participação são suficientes em um contexto de governo onde não haja incentivo à participação, se os representantes junto a estes fóruns não estiverem engajados na luta política mais ampla do município, e se não tiverem uma “formação” para a participação .

## 4. METODOLOGIA

### 4.1. TIPO DE PESQUISA:

A metodologia utilizada neste trabalho foi definida a partir da natureza do próprio objeto de estudo e da necessidade de observá-lo e analisá-lo em sua subjetividade, contornos e interfaces.

Foi escolhida a metodologia qualitativa oriunda das Ciências Sociais, sobretudo, pelo fato da aproximação que tenho em relação ao objeto e por minhas convicções em relação à ciência de uma forma geral, entendendo-a como explicita Maria Cecília Minayo enquanto “intrínseca e extrinsecamente ideológica.” (Minayo, 1992: 21)

A aproximação das ciências sociais à saúde no Brasil e na América Latina, apesar de fenômeno deste final de século, apresenta-se consolidada, hoje sendo impossível pensar e estudar saúde e doença sem o referencial da sociologia, da antropologia e das ciências políticas.

Everardo Nunes, procedendo a uma revisão histórica da produção científica na área, explica:

“No Brasil, é no Pós-74 que começa a ocorrer um intenso debate político sobre a questão da saúde, que irá articular-se aos movimentos sociais também neste momento. Quer através das associações de bairro, dos movimentos das comunidades eclesiais de base, dos movimentos dos profissionais de saúde, esses movimentos, além de seu caráter reivindicatório, também atuaram no sentido de provocar entre os pesquisadores novos estudos e novas perguntas. Acrescente-se que, no final da década de 70, a criação do Centro Brasileiro de Estudos da Saúde (Cebes), em 1976, e em 1979, a criação da Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco) iriam congregar um grande número de estudiosos, pesquisadores e professores, assim como desenvolver um debate político e teórico.” (Nunes, 1991:30-31)

No decorrer das décadas de 80 e 90, os estudos sob o referencial teórico e metodológico das Ciências Sociais, vem colaborando de forma decisiva para as questões de saúde, principalmente no que se refere à saúde pública.

A metodologia qualitativa, por sua vez, tem sido uma opção para o estudo de fenômenos como a questão dos Movimentos Populares e das políticas públicas de saúde, justamente pelo tipo de abordagem e análise que propõe sobre o objeto, no caso, fenômenos sociais e práticas políticas.

Como elucida Antônio Chizzotti sobre as tendências atuais de pesquisa:

“... Os métodos de pesquisa qualitativa conseguiram ampla difusão nos meios universitários. Contribuíram, para isso, as inovações trazidas à pesquisa pelas ciências sociais, em geral, e também o fato de alguns pesquisadores, com longa tradição em pesquisa naturalista, transigirem com seus modelos em favor de uma abordagem mais ampla da verdade científica. ...” (Chizzotti, 1991:9)

E ainda mais, o estudo qualitativo na área da saúde representa uma abertura e aprofundamento nas pesquisas desta área, para Maria Cecília Minayo:

“Trazendo o debate do qualitativo para o campo da Saúde, presencia-se o eclodir de questões semelhantes as do âmbito maior das Ciências Sociais.

Isto se deve ao fato, em primeiro lugar, de que a saúde não institui nem uma disciplina nem um campo separado das outras instâncias da realidade social.” (Minayo, 1992: 13)

Uma consideração ainda sobre a escolha metodológica se faz necessária, tendo em vista as contraposições existentes entre o qualitativo e o quantitativo e minha formação acadêmica.

Antônio Chizzotti, ao abordar esta questão, esclarece:

“Para muitos autores, a pesquisa quantitativa não deve ser oposta à pesquisa qualitativa, mas ambas devem sinergicamente convergir na complementariedade mútua . . .” (Chizzotti, 1991:34)

E, no mesmo texto:

“Outros insistem, porém, em que as divergências não procedem de meros instrumentos e técnicas de pesquisa, mas de oposições mais radicais, que

encontram seu fundamento na concepção da realidade humana e social ...“  
(Chizzotti, 1991: 34)

Ao observar estas colocações para a questão da saúde, no entanto, percebe-se ainda uma tendência à supervalorização dos conhecimentos objetivos através dos números, talvez até mesmo pela maior proximidade da medicina tradicional com as ciências biológicas.

Em minha formação como médica, o método científico positivista esteve sobremaneira predominante, por ser hegemônico nas ciências biológicas. Interessou-me, desde há muito a aproximação das ciências sociais, tendo inclusive feito um Curso de Ciências Sociais (Pós Graduação) junto à Escola de Sociologia e Política de São Paulo.

Através deste estudo, busco, portanto, resgatar minhas possibilidades de realizar um trabalho mais voltado à pesquisa social.

Para o estudo dos mecanismos de participação popular e controle social junto ao SUS em São Vicente, considerei que estes seriam melhor avaliados através do depoimento dos próprios envolvidos naquele projeto político que se desenvolveu no período de 1993 a 1996, além da necessidade que tinha de “contar um pouco da história de São Vicente”.

Durante a fase de “delimitação e formulação do problema”, estive muito próxima e envolvida ao objeto de estudo, estando imersa no cotidiano a ser pesquisado, daí o fato de caracterizá-la como uma pesquisa experimental.  
(Chizzotti, 1991)

Além disso, com meu posterior afastamento daquele cotidiano, pude reinterpretar os fatos e redefinir as questões com maior isenção, conforme a proposta metodológica:

“A delimitação do problema não resulta de uma afirmação prévia e individual, formulada pelo pesquisador e para a qual recolhe dados comprobatórios. O problema afigura-se como um obstáculo, percebido pelos sujeitos de modo parcial e fragmentado, e analisado assistematicamente.” (Chizzotti, 1991:81)

No que se refere aos “sujeitos da pesquisa”, assim considero todas as pessoas que participaram da construção deste conhecimento, desde as que participam da construção do projeto analisado, até as que participaram das entrevistas.

A importância de entrevistar “pessoas comuns”, já foi bastante discutida e parece que os relatos de donas-de-casa, aposentados, líderes comunitários, funcionários públicos e militantes políticos estão sendo mais aceitos nos meios acadêmicos.

Para L'Abbate :

“Na área da saúde coletiva, sobretudo na abordagem antropológica, o trato com pessoas comuns às quais se pede, através de entrevistas abertas que relatem suas concepções sobre saúde e doença, seus hábitos para cuidar da sua saúde, suas buscas dos recursos necessários para curar diversas doenças, sejam eles próprios da medicina oficial ou de outras práticas, têm sido objeto de estudo de vários autores.” (L'Abbate, 1990: 96)

A reconstituição histórica de São Vicente, visa uma maior contextualização do problema, podendo-se definir este estudo como um “estudo de caso”, na medida em que “... É um meio de organizar os dados sociais preservando o caráter social unitário do objeto observado. Expresso diferentemente, é uma abordagem que considera qualquer unidade social como um todo.” (Goode e Hatt, 1952: 422)

## **4.2. PROCEDIMENTOS E TÉCNICAS DE INVESTIGAÇÃO:**

### **4.2.1 ANÁLISE DE DOCUMENTOS E DE LITERATURA:**

A utilização de documentos oficiais, materiais produzidos pela Prefeitura do Município de São Vicente (PMSV), Serviço de Saúde de São Vicente (SESASV), outros órgãos, além de anotações pessoais de trabalho e observação, serviram para a coleta de dados que possibilitou a obtenção de :

- Reconstituição histórica do município de São Vicente: Caracterização do município nos aspectos históricos, geográficos, sócio-econômicos e de políticas públicas desde os primórdios até o período estudado;
- Construção do Perfil Epidemiológico de São Vicente: Através de dados de morbi-mortalidade, Boletins Epidemiológicos e outros, foi traçado um perfil de saúde da população vicentina, comparando-se com dados da Baixada Santista, Estado de São Paulo e Brasil;
- Perfil das políticas de saúde em São Vicente: Panorama geral das políticas e serviços de saúde do município, traçando comparações entre o período anterior a 1993 e o período de 1993 a 1996, quando foi implantado o SUS no município;
- Reconstituição histórica da implantação dos mecanismos de participação popular e de controle social junto ao Sistema Único de Saúde, durante o período analisado no município de São Vicente.

Para enriquecer as caracterizações do município, da saúde e dos serviços de saúde foram utilizadas informações quantitativas de caráter secundário.

#### **4.2.2 OBSERVAÇÃO PARTICIPANTE:**

Uma segunda técnica para a coleta de dados utilizada neste trabalho foi a observação participante, consistindo na participação em eventos que envolveram os representantes junto aos Conselhos de Saúde em São Vicente.

A necessidade da utilização deste instrumento surgiu a partir do fato de ter estado enquanto observadora, presente em muitos dos eventos que serão aqui relatados e analisados, fazendo parte dos resultados, vários documentos pessoais de relatos de observações.

Conforme elucida Haguette em relação ao método:

“É importante enfatizar que não foi a observação participante a responsável pelos importantes estudos que a utilizaram, mas, ao contrário, foram as problemáticas oferecidas pelos estudos que geraram a necessidade de sua utilização. A técnica surgiu da natureza do problema.” (Haguette, 1990:66)

Outra questão importante em relação a esta técnica é a de que nela há a possibilidade de intervenção, que é considerada parte do processo de conhecimento, apesar das visões controversas a respeito do tema:

“...Schwartz e Schwartz concebem a observação participante não só como um instrumento de captação de dados mas, também como instrumento de modificação do meio pesquisado, ou seja, de mudança social...” (Haguette, 1990: 60-61)

Apesar de entender as limitações desta técnica, considero-a fundamental para compor o quadro de dados da pesquisa, não somente por ter sido utilizada

durante o período em que estive próxima ao cotidiano do campo de pesquisa, enquanto equipe do SESASV, como também pelo fato de meu distanciamento atual em relação ao mesmo. Entendo-a, ainda, como mais uma e não a única técnica aqui utilizada.

Por outro lado, estou ciente das dificuldades a serem enfrentadas durante o processo, para evitar ou contornar alguns dos problemas mais comuns em relação a este método, como esclarece a autora já citada:

“O calcanhar de Aquiles da observação participante, entretanto, parece situar-se, principalmente: a) na relação observador / observados e na ameaça constante de obliteração da percepção do primeiro em consequência do seu envolvimento na situação pesquisada, envolvimento este inerente à própria técnica, que lhe confere a natureza que a distingue de outras técnicas; b) na impossibilidade de generalização dos resultados; por ser uma técnica que busca mais os sentidos do que as aparências das ações humanas ela coloca seus próprios limites; por exemplo, não pode pretender a abrangência do “survey” embora o supere em termos de profundidade dos dados. Sua força é, também, sua fraqueza . . .” (Haguette, 1990: 67)

#### **4.2.3 ENTREVISTAS SEMI ESTRUTURADAS:**

Foram realizadas entrevistas com usuários representantes junto aos Conselhos de Saúde de São Vicente em dois diferentes momentos, sendo o primeiro momento em 1997, logo após o término da administração estudada, e o segundo momento, ao final da administração subsequente, em 2000.

Foram escolhidos os mesmos entrevistados para os dois momentos, sendo eles 03 representantes junto aos Conselhos Gestores de Unidades de Saúde (respeitados nesta escolha os Distritos de Saúde e níveis de assistência - Rede Básica e Especializada) e 01 representante junto ao Conselho Municipal de Saúde.

■ Entrevistas do primeiro momento - 1997:

Foram realizadas um total de 04 entrevistas com usuários dos serviços e conselheiros de saúde, cujo roteiro foi elaborado a partir das “questões-problema” levantadas durante o estudo. Os objetivos das entrevistas foram o de melhor esclarecer a respeito das “questões-problema”, bem como testar um instrumento de abordagem mais adequado para as mesmas.

Além disso, seus relatos, imediatamente posteriores na administração pública municipal, com seus temores e expectativas, serviram de comparação, para o relato mais atualizado, em uma segunda fase de entrevistas.

■ Entrevistas do segundo momento - 2000:

Foram realizadas em 2000, outras quatro entrevistas, estas através de uma abordagem mais direta e objetiva, com os mesmos personagens entrevistados em 1997, a fim de equacionar, principalmente respostas para as terceira e quarta “questões - problema” deste estudo, que trata da continuidade dos processos participativos, bem como para verificar resultados obtidos através da participação, através de suas visões sobre o atual SUS local.

#### **4.2.4 ROTEIRO DAS ENTREVISTAS:**

I - Questões feitas aos entrevistados no primeiro momento:

- Como e quando começou a sua participação nos conselhos?

Apontar sua vinculação anterior (se existente) com alguma entidade e/ou movimento social.

- Você percebe alguma mudança desde sua participação, para você e para a saúde? Quais os resultados mais marcantes?
- Quais os principais pontos positivos e os principais problemas sentidos na participação junto aos conselhos?
- Você percebe alguma mudança quanto aos mecanismos de participação a partir das mudanças na administração municipal ocorridas em 1997?

II - Questões feitas aos entrevistados no segundo momento:

- Como foi a sua participação nos Conselhos nestes últimos quatro anos?

Especificar se participou de algum Conselho, reuniões, encontros, conferências, treinamentos ou outros.

- Quais as principais reivindicações neste período e quais os resultados obtidos? Citar pelo menos três.
- Em relação aos projetos defendidos anteriormente, o que você recorda que continuou e o que mudou para a Saúde e o SUS local?

Citar a respeito do Hospital São José, NAPS (saúde mental), Rede de Saúde (Centro de Saúde), Área Continental, Saneamento Básico.

■ E quanto aos mecanismos de participação popular e controle social, houve alguma mudança?

Especificar em relação a Mudança na Lei 92-A, funcionamento do CMS e funcionamento dos CG-US.

### **4.3 ANÁLISE DAS INFORMAÇÕES:**

Para proceder à análise, inicialmente é necessário definir os tipos de materiais, tendo em vista a diversidade de técnicas utilizadas para colhê-los, os contextos nos quais foram colhidos e as questões levantadas enquanto problemas a serem respondidos.

A análise proposta para o tratamento dos dados foi feita no sentido da interpretação dos pensamentos expostos pelos pesquisados, conforme pressupostos da “análise hermenêutica-dialética” .

Nesta proposta, segundo Minayo a descreve, há a possibilidade de fugir ao objetivismo exagerado que se aproxima das interpretações “naturais”, bem como de um “idealismo”, aproximando, assim, o mundo da retórica ao da práxis.

Para a mesma autora, utilizando o conceito de Hermenêutica de Gadamer:

“Para Gadamer, a hermenêutica é a busca de compreensão de sentido que se dá na comunicação entre os seres humanos: “ser que pode ser compreendido é linguagem”. (Minayo, 1992 : 220)

E ainda, sobre dialética, citando Habermas:

“A razão humana pode mais do que simplesmente compreender a realidade, na medida em que as condições de racionalidade são também produto da ação humana objetivada. . .” (Minayo, 1992 : 224)

Neste estudo foram analisados:

- A reconstituição histórica do processo de implementação de mecanismos de participação popular e controle social feito junto à implantação do SUS local;
- Os relatos obtidos a partir das atividades de observação participante;
- As entrevistas semi-estruturadas realizadas junto aos conselheiros de saúde , em 1997 e 2000.

Para Minayo, a respeito da proposta metodológica:

“Como a fenomenologia, a hermenêutica traz para o primeiro plano, no tratamento dos dados, as condições cotidianas da vida e promove o esclarecimento sobre as estruturas profundas desse mundo do dia-a-dia”, buscando um “caminho do pensamento”. (Minayo, 1992: 221 e 218)

Sabendo das dificuldades desta fase da pesquisa, principalmente no que diz respeito à “ilusão de transparência” (Minayo, 1992: 197), analisei os dados obtidos durante as entrevistas utilizando-me de “categorias de respostas”, a partir das questões-problemas, no sentido de objetivar e classificar os mesmos para a fase final do processo de análise.

“As categorias nativas são palavras ou expressões que são retiradas das falas de acordo com critérios de frequência, pragmatividade e potencial gerador de discussão.” (PMSP - SMS - CADERNOS CEFOR, 1992: 40)

No entanto, seguindo o que se propõe este trabalho, não se pretende com a análise chegar a conclusões finais e acabadas, mas responder as questões formuladas, tornando mais conhecido o tema do controle social e da participação popular, a partir da experiência de São Vicente.

Espera-se que esta análise possa ser reinterpretada e comparada a outros contextos .

## **5. CARACTERIZAÇÃO DO MUNICÍPIO DE SÃO VICENTE (\*)**

### **5.1 PERFIL SÓCIO - ECONÔMICO**

São Vicente é um município situado na região da Baixada Santista, litoral do Estado de São Paulo, distante, por rodovia, 71 Km da capital.

A Ilha de São Vicente é dividida com o município vizinho de Santos, em relação ao qual não há separação geográfica ou urbana, apenas um “Marco” delimitando os dois municípios que continuam em uma mesma Avenida.

Em sua parte continental, faz ainda limites com Cubatão, São Bernardo do Campo e São Paulo ao norte e noroeste, além de Praia Grande, Mongaguá e Itanhaém ao sul e sudoeste.

Fundada em 1532 por Martim Afonso de Souza, tem o título de “Cellula Mater da Nacionalidade”, sendo também a Primeira Cidade Organizada no país e capital dos paulistas por 177 anos.

(\*) Esta caracterização foi elaborada a partir de observações da autora e de consulta aos seguintes documentos :

Consolidação de Dados sobre o Município de São Vicente, versão preliminar-março de 1993 ; Cadernos da Cidade 1 – fevereiro de 1995 – Caracterização do Município ; Cadernos da Cidade 2 – dezembro de 1995 – Sumário de Dados do Município .

Estes documentos foram elaborados pela Secretaria de Planejamento, Desenvolvimento Urbano e Metropolização da Prefeitura do Município de São Vicente, no período de 1993 a 1995 , na tentativa de preencher a ausência de acervo organizado sobre o município e a desatualização dos dados existentes até então .

Seus autores ainda observam as dificuldades encontradas ao trabalharem com dados do Censo de 1991 do IBGE, sendo necessárias inclusive fotos aéreas para identificar populações não classificadas pelo IBGE, principalmente nas favelas. Isso significou, portanto, não estar refletido no Censo todo o contingente populacional que vive em condições desfavoráveis.

Inicialmente consolidado como pólo portuário e comercial, logo São Vicente cede este papel para Santos - fundada em 1553 - que, através de seu porto, controla as atividades econômicas e o desenvolvimento de toda a região ao longo da história do país.

De acordo com dados do Censo do IBGE de 1991, a população residente em São Vicente era de 268.732 habitantes, 99% da mesma na Zona Urbana.

Há um aumento sazonal e periódico da população residente em épocas de férias e feriados, acrescentando-se cerca de 60 (sessenta) mil pessoas, o que traduz um número de 15.853 domicílios de uso ocasional.

São Vicente foi o município da Baixada Santista que mais absorveu o crescimento populacional ocorrido no período de 1980 a 1991, residindo em seu território 35,2% dos 215.226 habitantes acrescidos à região.

Sua população acompanha a tendência ao envelhecimento e redução da presença das faixas etárias mais jovens desde a década de 70 até 1991, de acordo com o que vem se observando nas populações urbanas, bem como a peculiaridades do município, que, por ser uma cidade litorânea próxima a um grande centro industrial e de serviços (São Paulo e região metropolitana), recebe parcela de trabalhadores aposentados.

Em relação à caracterização econômica, o crescimento maior de São Vicente e da Baixada acontece após 1950, com a implantação da Refinaria Presidente Bernardes e da Companhia Siderúrgica Paulista - COSIPA - em Cubatão.

Com o desenvolvimento do setor terciário e a intensificação do transporte rodoviário, o acesso ao litoral é facilitado, seja para as parcelas de classe média e alta, seja para as camadas mais populares, instalando-se e se desenvolvendo o lazer e o turismo na região.

Santos e São Vicente têm um acentuado processo de expansão urbana nas décadas de 60 e 70, em parte devido à especulação imobiliária ocorrida na época e tendo em vista o avanço do setor químico e metalúrgico em Cubatão.

Tendo a região um crescimento superior ao do Estado, ocorre um transbordamento de urbanização, com impactos no espaço físico, que se viu insuficiente, além da deterioração das condições de vida para as populações residentes nas áreas mais impróprias: morros e encostas da Serra do Mar (Cubatão), áreas de Mangue (Santos, São Vicente e Guarujá) e áreas sujeitas a Marés (Santos e São Vicente).

No contexto econômico da Baixada, São Vicente sempre desempenhou papéis auxiliares, seja na ocupação urbana, determinada pelo desenvolvimento das atividades portuárias e da indústria, assim também no comércio e prestação de serviços, no turismo e lazer. Vários fatores determinaram esta situação e a função de "cidade dormitório" que a caracteriza, a começar pela industrialização, que não foi significativa se comparada aos outros municípios de região. Em São Vicente, em 1990, apenas 9,84% da população atuava nos setores industrial, comercial e de serviços, enquanto em Santos, por exemplo, 55,71% da população ocupava os mesmos setores. Em 1993, considerava-se a existência, no município,

de apenas 07 (sete) indústrias, empregando pouco mais de 50 (cinquenta) pessoas .

O comércio da região é centralizado em Santos, estando o de São Vicente voltado mais para a população local e também para parte da população de Praia Grande. O setor de serviços, existindo em função das demandas internas, empregava em 1990, 60% do total da população economicamente ativa e empregada do município.

Quanto ao potencial turístico, este também não foi desenvolvido no município, que mesmo com orla atrativa e paisagens imponentes, não possui sequer hotéis a beira mar, além da situação de falta de balneabilidade e não urbanização nas praias.

Por outro lado, alguns dados de 1994 indicavam uma tendência ao maior dinamismo do setor terciário em São Vicente, condicionado no entanto, à reversão do quadro estrutural de pobreza da população vicentina, que pertence, em sua maioria, a extratos de renda muito baixos. De acordo com o Censo de 1991, cerca de mais de dois terços (70,95%) da população possui o chefe da família obtendo rendimentos que não atingem 05 (cinco) salários mínimos, além de 4,16% declarando não possuir rendimento algum. Ainda neste quadro de renda, 30% da população recenseada se encontra na faixa de 02 (dois) salários mínimos.

Um quadro sócio-ambiental alarmante surge como resultado das condições de desenvolvimento do município, bem como de um processo de desorganização interna e desestruturação administrativa dos últimos anos, encontrando-se cerca de 40.000 pessoas, ou seja, 14% da população total vivendo em favelas e

alagados. Outras 60.000 vivem em áreas desprovidas de pavimentação e drenagem, somando 100.000 pessoas vivendo em condições sanitárias comprometidas.

Em relação ao Saneamento Básico, aqui considerados abastecimento de água domiciliar, coleta de esgoto e coleta de lixo, 92,8% dos domicílios vicentinos são servidos pela rede pública de abastecimento de água, em contrapartida a apenas 22,9% de rede de esgoto a qual atende de forma satisfatória, no entanto, a 15,37% da população.

Na Área Continental, tanto o abastecimento de água e mais ainda, a rede de esgotos, são insatisfatórios, o que inclusive compromete o ecossistema local de mangues.

A coleta de lixo, por sua vez, é satisfatória apenas nas áreas centrais e mais populosas, sendo dificultada pelo acesso e infra-estrutura na Área Continental. O lixo coletado é todo enviado ao "Lixão" de Sambaiatuba na Área Insular, o qual está saturado há 10 anos, não é controlado e não possui lagoa de decantação e drenos para expansão de gases.

Quanto a pavimentação e drenagem de águas (canais) as carências se avolumam, estando praticamente a metade da área urbanizada sem qualquer tipo de calçamento, vivendo aí cerca de 100.000 pessoas, ou seja, 37,33% da população. Os canais de drenagem não revestidos no município chegam a 84,8% do total de 42.402 Km de canais, estando os poucos 6.420 Km revestidos localizados nas áreas centrais e nas praias.

São Vicente ainda possui outro "nó" ambiental, que são os depósitos químicos na Área Continental feitos pela Empresa Rhodia - Brasil, cujo elemento HCB - Hexaclorobenzeno - é o mais encontrado e mais preocupante para a saúde dos munícipes.

Durante o final da década de 80 e primeiros anos da década de 90 formaram-se bairros a partir de invasões, especialmente na Área Continental, sendo um deles, a Vila Ponte Nova (Quarentenário), local de depósito de lixo químico e onde cerca de 8.000 pessoas vivem sem serviços de água, esgoto e em alguns pontos até sem energia elétrica.

O município tem ainda um déficit habitacional de 20.332 Unidades, se somados o número de domicílios necessários para atender o incremento populacional de 91 a 95 aos domicílios em favelas de 1994 .

No que concerne à Educação, o índice de evasão do ensino público de Primeiro Grau foi de 10,99% em 1993, enquanto o de Segundo Grau foi de 24,70% . Seguindo o perfil da Baixada Santista, em São Vicente 3% da população é analfabeta, 12% afirma que lê e escreve, sendo que 40% possui o Primeiro Grau incompleto.

O número de escolas de Primeiro Grau das redes de ensino público - Estadual e Municipal - é considerado razoável, isto não ocorrendo com o Segundo Grau. O município não tem cursos de graduação em Nível Superior, existindo o CEPEL - Centro de Pesquisas e Estudos do Litoral Paulista, mantido pela UNESP.

Em conformidade com a situação do município, a saúde em São Vicente retrata este quadro de pobreza, trazendo um perfil epidemiológico dos mais graves e de difícil atuação.

## **5.2 A SAÚDE EM SÃO VICENTE - PERFIL EPIDEMIOLÓGICO**

O Perfil Epidemiológico de São Vicente traduz a situação sócio-econômica, ambiental e administrativa do município.

O Coeficiente Geral de Mortalidade do município em 1992 foi de 5,84/1000 habitantes, enquanto a Mortalidade Infantil, um dos dados mais utilizados para a caracterização dos padrões de saúde, em 1992 foi de 32/1000 nascidos vivos. (PMSV, Cadernos da Cidade n 2, 1995)

Nas principais causas de morte encontram-se as Doenças do Coração - São Vicente-14,7% e Baixada Santista-16,1%; os Tumores Malignos - São Vicente-13% e Baixada Santista-13,4%; e as Doenças Cérebrovasculares - São Vicente-8% e Baixada Santista-8,8% .

Em ascensão encontram-se as Mortes Violentas, somando-se Acidentes com Veículos a Motor (SV-2,2% e BS-2,6%), Demais Acidentes (SV- 3,5% e BS- 2,9%) e Homicídios (SV- 5,3% e BS- 3,4%), as Mortes Violentas já ocupam as primeiras colocações como causas de morte, tanto em São Vicente -11% como na Baixada Santista como um todo - 8,9%. (PMSV, Cadernos da Cidade n 2, 1995)

De acordo com as faixas etárias analisadas, conforme dados da Fundação SEADE de 1993, as chamadas Causas Externas de Morte - aí incluídas a

Violência no Trânsito e por Armas de Fogo e Branca, além da Violência Doméstica, ocupam respectivamente o Primeiro e Segundo lugares na Faixa de 1 a 4 anos (pré escolares) e de 20 a 49 anos (população jovem e economicamente ativa) . Na Faixa de 1 a 4 anos, estas causas representam alarmantes 25% das mortes ocorridas.

Na Faixa etária de 50 anos ou mais 34,7% das mortes são atribuídas às Doenças do Coração e Cérebrovasculares, seguidas de Tumores e Neoplasias, com 16,99%.

Apesar de observar a tendência geral de queda da Mortalidade Infantil desde a década de 80, São Vicente, não só por este coeficiente, mas pelos componentes do mesmo, apresenta taxas mais elevadas do que a Baixada Santista, com dados comparados à Região Nordeste do país, notadamente mais elevados nos bairros mais pobres, retrato das más condições de vida e da falta de saneamento básico. (Oliveira e Mendes, 1995: 298-302)

Na Razão de Mortalidade Proporcional, as mortes de crianças de 0 a 1 ano representam 10% do total das mortes ocorridas em 1992.

Enquanto o Coeficiente de Mortalidade Infantil era de 32,09 em 1992, o componente Neonatal, que se refere às mortes ocorridas em crianças durante o primeiro mês de vida foi de 19,75, refletindo a qualidade e quantidade de ações de saúde no Pré Natal, Parto e Puerpério. A evolução das principais causas de Mortalidade Infantil de 1970 a 1992 também confirma a persistência das Lesões ao Nascer e Causas Perinatais, somando-se a estas as Doenças Infecciosas e Parasitárias. (PMSV, Cadernos da Cidade N 2, 1995)

As Doenças Infecciosas e Parasitárias, principalmente as diarreias, são responsáveis por 5% das mortes de crianças com menos de um ano, contribuindo para um perfil de saúde que soma condições sanitárias desfavoráveis e problemas na Atenção à Saúde.

As Doenças Diarrêicas tiveram Prevalência de 2,13/100 mil habitantes em 1993 e se apresentaram em ascensão no período anterior, culminando na primeira Epidemia de Cólera do município, que também foi a porta de entrada do Cólera no Estado de São Paulo no mesmo ano, com Incidência de 1,12/100 mil habitantes.

Em 1994 a epidemia retorna com incidência de 17,86/100 mil, apresentando 8,3% de letalidade. Em 1995, até o mês de maio, São Vicente apresentou um total de 55 casos (19,55 de incidência) com 04 (quatro) óbitos (7,27%), enquanto Santos, a título de comparação, apresentou um total de 12 (doze) casos no mesmo período. (PMSV- SESASV- VISA, 1995)

A morbimortalidade em São Vicente varia bastante de acordo com as regiões do município analisadas. Tanto as diarreias, o cólera e as demais Doenças de Notificação Compulsória predominam nos bairros periféricos e favelas . Enquanto, já em 1994, a Mortalidade Infantil fora reduzida para 25,25/1000 nascidos vivos no município como um todo, na favela do Saquaré-México 70, ela se apresentou com Coeficiente de 69,52 e na Vila Ponte Nova com o alarmante índice de 115,94 mortes de menores de um ano por mil nascidos vivos. (PMSV- SESASV- VISA, 1995)

A Hanseníase apresenta crescimento dentre as doenças infecciosas, tendo em 1993, prevalência de 8,14 por 100 mil habitantes, refletindo a qualidade de vida e de saúde da população vicentina. (PMSV- SESASV- VISA, 1994)

Quanto à Tuberculose, em 1993, São Vicente era a terceira cidade do estado de São Paulo em incidência. Como é sabido, esta doença infectocontagiosa vem crescendo com a deterioração das condições de vida e, o que é pior, associada à epidemia de AIDS.

Em relação à AIDS, infelizmente São Vicente também ocupa lugar de destaque no país, possuindo o quinto maior coeficiente de incidência acumulada (178,7) além de ser o quarto do Estado de São Paulo (MS-PNDST/AIDS Boletim Epidemiológico AIDS, 1995).

Os fatores de risco associados à epidemia no município acompanham o perfil regional, principalmente o do município vizinho de Santos, na época o de maior incidência da doença no país. Em São Vicente 39,7% dos casos de AIDS estão associados ao uso de drogas injetáveis; 22,8% à relação heterossexual de risco ; 19,1% à prática homo/bissexual; 3,5% à recepção de hemoderivados e hemofílicos e 3,4% à transmissão perinatal. (PMSV- SESASV- Boletim Epidemiológico n 1, 1995).

A este quadro dramático de saúde, ou pio , de doença e morte somava-se em 1993 a falta de leitos hospitalares, a baixa produtividade e o sucateamento dos serviços públicos de saúde, mostrando uma situação de total abandono da saúde e do município, como poderemos mostrar adiante.

### **5.3 OS SERVIÇOS DE SAÚDE EM SÃO VICENTE**

#### **( AS POLÍTICAS PÚBLICAS )**

Apesar de possuir o título de “Berço da Democracia Americana” por ter constituído a Primeira Câmara Municipal para o Poder Legislativo nas Três Américas, as esferas públicas de governos Federal, Estadual e Municipal não têm contribuído para mudanças significativas nas condições de vida da população. Especialmente nas décadas de 70 e 80: não foram priorizadas a drenagem e saneamento básico, não se deu a exploração do potencial turístico local, a expansão urbana não foi acompanhada de um Plano Diretor para o desenvolvimento local. (PMSV, Cadernos da Cidade n 1, 1995)

No que se refere às finanças públicas, a partir de Reforma Tributária via promulgação da Constituição de 1988, houve um aumento das receitas municipal, tanto a partir dos novos impostos, como o IVVC (Imposto de Vendas a Varejo de Combustíveis Líquidos e Gasosos) e o ITBI (Imposto Sobre a Transmissão de Bens Imóveis Inter Vivos por Ato Oneroso), que no caso de São Vicente representam pequena parcela, bem como a partir do aumento da receita própria, que a partir de 1991 representa em São Vicente mais de 50% da arrecadação, principalmente via IPTU (Imposto Predial e Territorial Urbano).

Na maioria dos municípios do Estado, a grande conquista se deu a partir do repasse do ICMS (Imposto sobre Circulação de Mercadorias e Serviços). Em São Vicente, no entanto, este quadro não foi suficiente para aliviar as finanças

públicas que, mesmo tendo aumento significativo na arrecadação de 1992 a 1995, com cerca de 81% de crescimento no Orçamento Municipal, não deixou de ser o município com menor arrecadação na Baixada Santista. São Vicente arrecada sete (07) vezes menos por habitante que Cubatão e três (03) vezes menos que Praia Grande. (PMSV- Cartilha do Orçamento Participativo, 1995)

Muito desta situação se deveu à não atualização do IPTU, graças à precária urbanização e desatualização da planta genérica do município, da mesma forma que a baixa arrecadação de ICMS. (PMSV- SEPLAN, 1995)

As políticas públicas foram caracterizadas nas décadas de 70 e 80 pelo abandono no que concerne à saúde, educação, cultura, lazer e assistência social. Mesmo em relação a Administração Pública, observa-se no início de 1993 uma cultura clientelista e de troca de favores, com o uso do público em função de interesses privados.

Por tudo isso, a população em geral ficou alijada de serviços básicos, o que refletiu especificamente nos serviços de saúde, necessitando recorrer aos municípios vizinhos para obter os principais recursos que não estavam disponíveis em seu município.

## **5.4 OS SERVIÇOS DE SAÚDE EM SÃO VICENTE**

### **5.4.1 JANEIRO DE 1993 - INÍCIO DA ADMINISTRAÇÃO PETISTA -**

#### **O RETRATO DO CAOS**

Torna-se compreensível o fato de até 1993 a população vicentina recorrer aos serviços públicos de saúde do município de Santos, já que o mesmo vinha passando pela implantação do Sistema Único de Saúde desde 1989, com uma estrutura de Unidades Básicas de Saúde chamadas “Policlínicas”, Programas e Ações de Saúde ao acesso e com a credibilidade da população.

Já em São Vicente a situação era bem outra...

Com um número de 09 (nove) Unidades de Saúde, distribuídas em apenas alguns bairros da cidade, mais precisamente nas regiões centrais, as mesmas apresentavam-se sucateadas, sem manutenção, com equipamentos quebrados, sem materiais de enfermagem ou suprimentos, sem medicação, sem vacinas, sem controle patrimonial. (PMSV- SESASV, maio de 1996)

O quadro funcional estava inadequado, com excesso de profissionais em algumas regiões e praticamente ausência nas Unidades e ações destinadas a população da periferia e favelas.

Em relação aos recursos humanos havia ainda muitas dívidas trabalhistas e uma situação irregular na qual quase um terço do quadro de 900 funcionários se apresentava com contratos temporários, eventuais ou até autônomos. Esta situação, além de contrariar preceitos constitucionais, causava impossibilidade

administrativa e gerencial de todos os setores da saúde, inclusive os de emergência.

A estrutura administrativa do SESASV - Serviço de Saúde de São Vicente - apresentava-se centralizada, com excesso de chefias e ausência de autonomia e planejamento a nível local.

O processo de municipalização dos serviços encontrava-se em atraso, com Unidades municipalizadas, porém com irregularidades gerenciais, assistenciais e para com o funcionalismo, como o Centro de Saúde I, por exemplo, e ainda Unidades ainda sob gerência da Secretaria Estadual de Saúde, no caso o Posto de Atendimento Médico do Centro (PAM).

A Assistência Hospitalar, por sua vez, não diferindo do quadro nacional, encontrava-se em franca desativação, sendo que o único Hospital de caráter público do município - Hospital São José - uma Santa Casa, oferecia treze (13) leitos aos usuários do SUS.

O atendimento às emergências apresentava-se ameaçado e ineficaz, já que os Pronto Socorros estavam sem médico na maioria dos plantões, praticamente desativados e sem retaguarda. O Pronto Socorro Central funcionava na "garagem" do Centro de Saúde I ...

Este quadro de "retrato da caos", foi até ilustrado por ocasião da Conferência Municipal de Saúde Extraordinária realizada em 1993, com a foto de uma das unidades de Saúde totalmente destruída e visitada por um animal bovino. Isso levou à decretação de estado de Calamidade Pública na área da saúde por parte do prefeito do município ainda em janeiro de 1993, seguida da

Intervenção da Prefeitura junto ao Hospital São José, processo que propiciou sua reabertura e perdurou durante os quatro anos da então Administração Pública Municipal. (PMSV - SESASV, 1993)

#### **5.4.2 O SESASV - SERVIÇO DE SAÚDE DE SÃO VICENTE**

O SESASV é uma autarquia municipal, não se constituindo, portanto em Secretaria de Saúde. Este fato, ao mesmo tempo que significava agilidade para gerenciar e administrar recursos, serviu durante muitos anos para desvios de verbas e favoritismo político, seja em contratações ou em salários. Existia no quadro de pessoal, servidores que recebiam um VOP - Valor de Ordem Pessoal - que era uma espécie de "pagamento extra" dado a alguns sem critérios bem definidos. Os salários, no entanto, permaneciam com valores abaixo dos praticados na Baixada Santista, em geral.

Foi processada uma Reforma Administrativa no SESASV, com o estabelecimento de cargos e salários mais adequados, além de mudanças no Organograma, propiciando descentralização da gestão dos serviços e agilização de processos de compra e manutenção.

Quanto à gestão financeira, São Vicente foi um dos primeiros municípios do Brasil a entrar na forma de gestão Semi - Plena, partindo a seguir para a Gestão Plena, novas formas de recebimento, gerenciamento e prestação de contas dos recursos do SUS vindos do Ministério da Saúde e repassados diretamente aos municípios, sem a anterior intermediação da Secretaria Estadual.

A partir de 1994 o município conseguiu um aumento no teto de repasse de recursos devido ao aumento significativo da produção dos Serviços de Saúde, garantindo maior custeio para os mesmos.

Quanto ao investimento Municipal na Saúde, este também teve um incremento, permanecendo em torno de 17% do Orçamento Municipal de 1993 a 1996. (PMSV-SESASV, maio de 1996)

O Fundo Municipal de Saúde, órgão indispensável para a gestão pública das verbas e condicionante de seu recebimento, foi criado e efetivamente colocado em funcionamento apenas na administração municipal deste período citado.

### **5.4.3 A REDE DE SERVIÇOS DE SAÚDE E O PROJETO EM DEFESA DA VIDA**

A Rede de Serviços de Saúde foi implantada, levando-se em conta:

- O Plano de Saúde para o município feito durante a Campanha Eleitoral de 1992;
- A avaliação técnica do Perfil Epidemiológico, demandas reprimidas e situações emergenciais;
- A Participação Popular, através das Conferências Municipais realizadas em 1993, 1994 e 1996, além dos fóruns permanentes - Conselho Municipal e Conselhos Gestores de Unidades de Saúde;
- Os Orçamentos Participativos realizados pela Prefeitura em 1995 e 1996;
- As atividades de Planejamento e Reavaliação periódicas de Metas e Prioridades, feitos através do Planejamento Estratégico e Situacional junto a equipe de Direção e assessorias.

Em 1993 inicia-se a implantação e reativação de alguns Serviços essenciais, a partir da criação de Distritos de Saúde, com a regionalização de recursos e atividades.

Foi formado o Distrito de Saúde da Ilha (o nome se deve à localização na parte Insular do território municipal), inicialmente composto pelas Unidades Básicas existentes até então e as implantadas neste período: a Poli Saúde da Praça Vitória, a Poli Saúde do Japuí, a Poli Saúde do Catipoã, Poli Saúde do

Jockey Club (a primeira Unidade Básica a ser reformada em 1993), a Poli Saúde do Jip, Pronto Socorro da Cidade Náutica (depois transformado em Unidade Mista), a Poli Saúde da Vila Margarida, as Unidades de Saúde do Pompeba e Tancredo e a Poli Saúde do Saquaré México-70. Esta última, situada na maior favela do município foi restaurada e reativada. A título de esclarecimento, o nome "Poli Saúde" foi atribuído às unidades, tendo as mesmas características diversas, desde uma unidade básica de saúde até uma unidade mista (com ambulatório e funcionamento por 24 horas).

Na Área Continental, da mesma forma, implantou-se o Distrito de Saúde da Área Continental, contando neste primeiro período com 04 (quatro) Unidades, das quais apenas 02 (duas) funcionavam regularmente, o Pronto Socorro do Parque das Bandeiras, a seguir transformado em Unidade Mista, e a Unidade do Humaitá. As Unidades do Samaritá e Jardim Rio Branco iniciaram processo de reativação para se transformarem em Poli Saúde.

Nesse último, a seguir foi implantada, já em parceria com a comunidade local e Igreja, a Poli Saúde da Vila Ponte Nova, mesmo antes do bairro ter abastecimento de água.

A Rede Especializada de Saúde iniciou sua formação pelo Centro de Saúde I, onde foi implantado um Núcleo de Especialidades, além das referências para diagnóstico laboratorial e de Raio X, neste primeiro momento. A Unidade do PAM Centro foi municipalizada e iniciou-se o acesso programado da população aos serviços, através da hierarquização dos níveis de atenção à saúde.

A intervenção na saúde mental foi uma das primeiras ações programáticas executadas, através da implantação do Núcleo Matter de Atenção Psicossocial - NAPS Matter, transformando o fantasma da "loucura" no município em um problema de saúde pública a ser enfrentado pelo poder público, servidores e comunidade em geral. O quadro anterior era o de internações psiquiátricas em municípios do interior do Estado, sendo o papel desempenhado pelo SESASV apenas o de transporte de doentes mentais.

Neste primeiro ano, no entanto, a ação mais arrojada da Administração Pública da Prefeitura municipal foi a Intervenção junto ao Hospital São José, que em um primeiro momento propiciou a abertura de um Pronto Socorro Central e reativação de cerca de 150 leitos para usuários do SUS. (PMSV-SV COMUNIDADE, n 21, 1994)

Em 1994, foi implantado o Programa de DST/AIDS, através de convênio com o Ministério da Saúde, que constava em atendimento ambulatorial e atividades preventivas e, nos anos seguintes, com a abertura de leitos - dia, atendimento domiciliar terapêutico e a implantação do COAS - Centro de Orientação e Apoio Sorológico. Note-se que São Vicente, anteriormente a este período, enviava todos os portadores ou mesmo usuários ainda sem diagnóstico, para o serviço em Santos.

Foi reestruturado todo o serviço de vigilância, a partir da concepção de Vigilância à Saúde, sendo formado um Núcleo, englobando o Núcleo de Vigilância Epidemiológica, o Núcleo de Controle de Zoonoses e o Núcleo de Vigilância Sanitária. O primeiro deles, com um processo de entrosamento e

descentralização de atividades, foi responsável pelo enfrentamento das epidemias de cólera e pela implantação do programa de combate à mortalidade infantil, cujos resultados culminaram na redução da Mortalidade Infantil no município de 32 para 25/1000 nascidos vivos, em três (03) anos de atividades do Programa "Bebê de Risco". (PMSV- SESASV- VISA, 1995)

A Vigilância Sanitária enfrentou a corrupção anterior e as péssimas condições de vida do município e o Controle de Zoonoses foi organizado pela primeira vez, envolvendo comunidade e entidades como o Exército, por exemplo, em Campanhas de Combate ao Cólera, Leptospirose e Prevenção à Dengue. Esta última doença até aquele período não havia chegado à Baixada Santista.

A ampliação da Rede de Serviços foi ininterrupta e já em 1995 os municípios contavam com 16 (dezesesseis) Unidades de Saúde em funcionamento, em contrapartida às 09 (nove) encontradas em janeiro de 1993.

O Programa de Saúde Mental foi estendido para a favela Saquaré- México 70, local que demandava ao NAPS Matter um maior número de usuários, notadamente os que residiam na área mais carente, com maior concentração de projetos sociais e de urbanização por parte da Prefeitura. (PMSV- SV COMUNIDADE, n 1, 1993)

Esta ampliação do programa de saúde mental foi possível graças à liberação de verba através de convênio com o Governo Federal.

A frota de veículos também foi recuperada, através da manutenção e compra de ambulâncias, passando o SESASV a contar em 1995 com 16 (dezesesseis) ambulâncias equipadas. As viaturas existentes anteriormente

estavam sucateadas e inadequadas ao transporte de pacientes. O próprio Serviço de Remoção e Resgate foi reestruturado, com treinamento de motoristas e programação de atividades através de critérios técnico-sociais. Observe-se que anteriormente eram feitas remoções aleatoriamente, enquanto usuários que deveriam ser priorizados, como por exemplo portadores de patologia renal crônica (submetidos a hemodiálises periódicas em Santos - único serviço da Baixada Santista) não tinham transporte garantido, ou o mesmo era feito em condições sub humanas ("oito pacientes em uma Caravan"). (observação da autora)

Os dados de produção, ao longo deste período mostram que efetivamente houve um aumento de acesso da população vicentina aos serviços públicos de saúde, passando de um total de 790.990 procedimentos em 1992 para 966.908 em 1993, 1.035.185 em 1994 e 1.124.153 procedimentos em 1995. (PMSV-SESASV, maio de 1996)

Estes procedimentos cresceram quantitativa e qualitativamente, já que foram implementadas ações antes não realizadas como Visitas e Atendimentos Domiciliares, atendimentos complexos de enfermagem, além de recursos diagnósticos como Ultrassonografia e Eletrocardiograma.

No que diz respeito à atividade laboratorial, o Laboratório de Análises Clínicas situado junto ao Centro de Saúde I - Núcleo de Especialidades, passou da realização de cerca de 3.000 exames/mês até janeiro de 1993, para a realização de, em média, 12.000 exames/mês no ano de 1995, sendo o total de

procedimentos laboratoriais, neste ano, 142.536 exames. (PMSV- SESASV- CSI, 1996)

Ao longo de 1996, várias Unidades passaram por reformas e ampliações de espaços e tipos de atividades, sendo implantada a Poli Saúde do Jardim Guassu, antiga reivindicação da comunidade local e deliberação da Conferência Municipal de Saúde do mesmo ano, ampliada a coleta de exames laboratoriais, realização de todas as vacinas e realização de “Teste do Pezinho” (Fenilcetinúria).

A intervenção junto ao Hospital São José não se limitou à abertura de leitos hospitalares, propiciou, isto sim, todo um movimento da sociedade civil em torno da questão da assistência hospitalar, definindo e criando programas para humanização e resolutividade do atendimento, como o Alojamento Conjunto, no qual as puérperas permanecem junto ao seu recém-nascido, a presença do pediatra na sala de parto, o que diminui o risco de complicações pós-parto, além de entidades que se formaram a partir da iniciativa da própria comunidade e de funcionários, no intuito de “ajuda” ao Hospital e seus usuários (Movimento SOS São José).

Foram feitas reformas no Centro Cirúrgico e implantado um Pronto Socorro Pediátrico. O Pronto Socorro Central junto ao Hospital realizava em 1995 a média de 1.000 atendimentos/dia, sendo feitas 13 mil internações/ano e uma média de 350 partos /mês. (PMSV- SEGOV, 1995)

Durante a Administração Municipal de 1993 a 1996 foram realizados 23 (vinte e três) concursos públicos, sendo o primeiro deles e também o primeiro

concurso público da história do SESASV realizado em 1993. Este concurso teve mais de sete (07) mil candidatos para um total de 590 vagas, regularizando a situação funcional dos trabalhadores da saúde.

Além disso foram realizados inúmeros treinamentos, tanto para ações e programas de saúde específicos quanto para lidar com o desafio da humanização do atendimento.

Ainda foi realizado, em convênio com a UNESP, Curso de Pós Graduação em Saúde Pública para 20 (vinte) gerentes locais.

Foram desenvolvidas muitas outras ações na implantação do SUS em São Vicente, no período de 1993 a 1996, desde as consideradas mais básicas, até projetos mais elaborados, devido a situação de abandono exagerado na qual se encontravam os serviços públicos de saúde de São Vicente. Para exemplificar, onde havia ginecologista, profissional raro no município, não havia materiais mínimos para suas atividades, como os “espéculos vaginais”, sendo necessário todo um investimento em compra de materiais e equipamentos para aumentar a cobertura de prevenção ao Câncer Ginecológico e ao Pré Natal, dentre outros.

Esse relato pretendeu propiciar uma idéia geral da intervenção pública na saúde do município, para posterior análise da participação popular junto a este processo .

Em síntese, São Vicente é um município carente, com características de cidade dormitório, tendo sua população vivendo em condições de moradia e de saúde desfavoráveis. Seu perfil epidemiológico é grave e fortemente vinculado a sua estrutura sócio–econômica, apresentando características das periferias dos

grandes centros urbanos, em um cenário onde as lindas praias contrastam com as favelas.

Os serviços de saúde, até então, não tinham sido priorizados pelas administrações públicas, encontrando-se pouco utilizados e desacreditados pela população.

A recente implantação do SUS local traz todo um contexto propício ao trabalho com a comunidade e a gestão democrática dos serviços, que durante esses quatro anos, foram se tornando referência para as ações de saúde e também para o exercício da cidadania, através da participação e do controle social .

## **6. RESULTADOS E DISCUSSÃO:**

### **Introdução:**

Os resultados apresentados a seguir, estão divididos em duas partes. Na primeira delas, serão apresentados os resultados de pesquisa exaustiva realizada em documentos do SESASV e documentos de trabalho da autora, além dos relatos de observação-participante, durante o período de 1993 a 1996. Procurei apresentá-los em ordem cronológica, dando ênfase ao processo evolutivo, no período estudado. Estes resultados são acompanhados de comentários e discussão.

Na segunda parte, serão apresentadas as entrevistas realizadas com os usuários dos Conselhos de São Vicente, em dois momentos, 1997 e 2000. Estas entrevistas serão apresentadas através de suas respostas já transformadas, por análise inicial, em "categorias". As respostas integrais se encontram anexadas no final deste trabalho. As entrevistas são acompanhadas de comentários.

### **6.1 O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE, O CONTROLE SOCIAL E A PARTICIPAÇÃO POPULAR EM SÃO VICENTE**

A participação popular e o controle social foram sendo efetivados como parte integrantes da implantação do Sistema Único de Saúde em São Vicente a partir de 1993.

Além da falta de acesso aos serviços de saúde, a população vicentina não dispunha de nenhum canal de acesso à informação e controle sobre a gestão pública de saúde.

O Conselho Municipal de Saúde, criado na primeira Conferência Municipal de Saúde em 1991, tomou posse apenas em outubro de 1992, permanecendo excluído das decisões e da fiscalização da política de saúde. Sua composição demonstrava a incipiente participação da sociedade, tanto pela ausência da participação de representantes dos trabalhadores da saúde, como pela forma de indicação de conselheiros, segundo a qual eram eleitos diretamente os conselheiros e não as entidades, vinculando a representação ao nome e não aos representados. (PMSV- SESASV - Teses da II CMS SV, 1994)

Nas unidades de saúde não existia nenhum tipo de canal de acesso para a população usuária, como livros de reclamações ou caixa para sugestões, ao mesmo tempo que as informações inexistiam ou se faziam de forma desarticulada e sem propósito definido.

A falta de acesso somada à falta de diálogo, causou um quadro peculiar de ausência de usuários à procura dos serviços, sendo encontrada uma situação contraditória, considerando-se a realidade dos serviços públicos em geral, onde até mesmo a ausência de filas foi constatada como fruto dessa ineficácia dos serviços. (observação da autora)

Havia, portanto, necessidade não somente de abrir e reestruturar os serviços, mas também de mudar a forma de relacionamento com usuários e trabalhadores da saúde.

“As diferentes formas de participação dos usuários, trabalhadores e instituições prestadoras de serviços e ações de saúde devem constituir-se em fóruns deliberativos e que busquem a construção da prática democrática e a afirmação da cidadania . . .” (PMSV - SESASV - Teses da II Conferência Municipal de Saúde, São Vicente, 1996)

Os trabalhadores da saúde, por sua vez, encontravam-se em uma situação funcional catastrófica, com vários tipos de vínculo empregatício, sendo que muitos deles não usufruíam de direitos trabalhistas básicos como férias e licença gestante.

Distanciados dos seus direitos e do público, os funcionários encontravam-se desestimulados e desarticulados, com uma precária capacitação técnica dos quadros, sem condições objetivas de trabalho e sem gerência nos serviços. (PMSV- Revista São Vicente- Uma Nova História, 1996)

À situação de distanciamento e descompromisso para com a população usuária somava-se o perfil do movimento social em São Vicente: o município caracterizou-se por movimentos populares ligados a questões pontuais emergenciais, como o movimento por transporte coletivo na década de 80, considerado um dos momentos de maior luta no município, sendo caracterizado pelo esvaziamento e descrédito, posteriormente.

Em 1993, foram considerados atuantes no município os movimentos por moradia e saneamento básico.

“Tenho 10 anos de México 70 (uma das maiores favelas do Estado de São Paulo, na época com cerca de 70.000 habitantes) e fizemos vários movimentos, até garantir que o México deixe de ser favela.” (Relato de representante do Movimento de Moradia, durante o I Treinamento de Conselheiros, em 1995)

A idéia de “movimentos” e não de “movimento” exprime um pouco a realidade da vida participativa da cidade, estando seus atores vinculados

predominantemente a entidades assistenciais e de bairros, bem como a entidades religiosas.

Por um lado, a falta de resolutividade dos serviços desacreditava-os, somada a um relacionamento autoritário e distante, onde o cidadão comum não tinha chance de ser atendido em suas reivindicações.

De outro lado, estava estabelecida uma prática política clientelista local que impregnava os serviços de saúde e os participantes dos movimentos. Exemplo desta prática, era o dia a dia das Unidades de Saúde no início de 1993, contando com a presença constante de membros do poder legislativo local, marcando consultas e exames e pedindo “favores” para os munícipes, aqueles “protegidos”. Esta observação foi feita pela autora enquanto gerenciava uma das unidades de saúde local.

## **6.2 A ATUAÇÃO DO SESASV**

As ações executadas pelo Serviço de Saúde de São Vicente - SESASV - no sentido da efetivação da Participação Popular e do Controle Social no SUS foram por mim classificadas em 06 (seis) ordens, que aqui relatamos resumidamente para discussão e análise:

I - Realização de eventos de participação de massa, propiciando ampliação de conhecimento de saúde e das propostas da Administração, divulgação das questões de saúde, discussão e deliberação de diretrizes políticas gerais para o município.

Encontram-se nesta ordem as Conferências Municipais de Saúde, tendo sido realizadas 03 (três), durante o referido período, a saber, a Conferência Municipal de Saúde Extraordinária em 1993, a II Conferência Municipal de Saúde, realizada em 1994 e a III Conferência Municipal de Saúde, em 1996.

Incluem-se nesta ordem de ações, a realização pela Administração Pública Municipal, dos “Orçamentos Participativos”, em 1995 e 1996.

**II - Reestruturação e fortalecimento do Conselho Municipal de Saúde para assumir suas funções de órgão participativo, deliberativo e fiscalizador nas políticas de saúde.**

**III - Ampliação, descentralização e democratização da gestão da saúde com a criação de Conselhos Gestores tripartites e paritários em todas as Unidades de Saúde, garantindo a participação de gerentes locais, trabalhadores da saúde, usuários das Unidades e Movimento Popular local.**

Foram formados um total de 18 Conselhos Gestores de Unidades de Saúde.

**IV - Investimento na “capacitação” de conselheiros e representantes dos Movimentos Populares. Através de seminários, palestras, encontros, treinamentos e debates, procurou-se dar qualidade e fortalecer a participação, seja através de um maior entendimento dos direitos, seja através do maior entendimento das questões de saúde.**

Foram realizados o I Encontro de Conselhos Gestores de Unidades de Saúde, em 1994, o I Treinamento e Sensibilização para Conselheiros de Saúde, em 1995, o I Seminário de Controle Social para Diretores do SESASV, em 1995 e o I Seminário do Conselho Municipal de Saúde, em 1996.

Nesta ordem inclui-se a assessoria técnico-política com a qual o SESASV contou durante um período da Administração e a formação e funcionamento de um Grupo de Trabalho de Controle Social como parte integrante da equipe do SESASV.

Aqui também colocamos a produção de material educativo.

**V - Criação de mecanismos de comunicação e acesso a informação entre os serviços de saúde, seus trabalhadores e usuários, tendo-se o entendimento da informação-comunicação, como princípio e mantenedora da participação cidadã.**

Desta forma foram criados Boletins em setores específicos, como o Boletim VISA (da Vigilância a Saúde), o CONSELHINHO (do Conselho Gestor do Centro de Saúde), o jornal EM DEFESA DA VIDA (do SESASV), HOSPITAL ABERTO (do HOSPITAL SÃO JOSÉ), além do SV COMUNIDADE (Órgão de divulgação da Administração).

Além disso, foram realizadas 02 (duas) Feiras de Saúde, juntamente as II e III Conferências.

VI - Ampliação da participação além dos limites municipais, incentivando e propiciando a participação nas discussões de saúde no contexto da Baixada Santista, Estadual e Nacional.

Neste sentido tivemos o “aparecimento” de São Vicente nas Conferências Regionais (em 1993 e 1996), Estadual (em 1996) e na X Conferência Nacional de Saúde (em 1996), com delegação, discussão prévia, propostas e participação ativa nas deliberações.

Podemos citar nesta ordem ainda, fóruns específicos de discussão que contaram com a representação popular, dos trabalhadores e dos administradores da saúde de São Vicente, como a I Conferência Regional de Saúde Bucal, em 1993 e o Seminário de Saúde Mental da Baixada Santista, em 1996.

Em 1993 estas ações foram iniciadas, com intensidade e articulações diferentes, motivadas pela necessidade criada nos serviços, pelo quadro político geral do município, pelas pressões de usuários e intensamente pelo estímulo da administração pública municipal, mais precisamente na área da saúde.

### 6.2.1 AS CONFERÊNCIAS MUNICIPAIS DE SAÚDE

#### **A CONFERÊNCIA MUNICIPAL DE SAÚDE EXTRAORDINÁRIA Junho de 1993**

A Conferência Municipal de Saúde Extraordinária (CMSE) realizou-se em 1993, com o objetivo principal de tornar conhecido o Plano de Saúde para o

município elaborado pela equipe de saúde, tratando das diretrizes da implantação do SUS local, para sua discussão e deliberação coletiva.

Precedendo essa Conferência, foram realizadas 47 pré conferências, envolvendo 1.410 pessoas e elegendo 140 delegados, além de 38 indicados por entidades e os 24 membros do Conselho Municipal de Saúde.

Nestas reuniões preparatórias foram expostas as principais propostas para montagem de Unidades Básicas de Saúde, Pronto Socorros, Programas de Saúde, Serviços Especializados em atenção secundária, Assistência Hospitalar e Ações de Vigilância à Saúde.

O documento TESE da CMSE, no entanto, dedicou especial atenção a questão hospitalar. A partir de 06 (seis) meses de intervenção no Hospital São José, o SESASV apresentou os números das dívidas daquela instituição, número de funcionários, bem como os primeiros resultados da reestruturação, como as reformas, reaberturas de setores e reorganização de atividades.

(PMSV - SESASV - TESES DA CMSE , 1993)

Esta foi uma primeira prestação de contas feita pela Administração, seus desdobramentos em questionamentos e propostas foi a discussão mais marcante nesta primeira Conferência, segundo a autora, que estava presente no evento. O Hospital São José, única Santa Casa e único hospital público do município sofreu intervenção pela Prefeitura nos primeiros dias de 1993, no sentido de reverter a situação de falta de leitos SUS. Esta intervenção não fazia parte inicial do plano de governo para o município, tendo sido fruto de reação ao estado de calamidade pública decretado na área da saúde. Os delegados e participantes da CMSE

demonstraram seu apoio às atitudes do poder público no intuito de equacionar o problema. (PMSV- SESASV- Relatório Final da CMSE, 1993)

■ Algumas das Resoluções da CMSE no tema Hospital São José:

“Manter a Intervenção no Hospital São José. Tempo: 06 meses. Discussão com a sociedade e encaminhamento da CO-GESTÃO nestes próximos 06 meses. Elaboração e divulgação de um dossiê detalhado sobre as causas que levaram o hospital a esta situação de crise.”

“Implantar um PS na Área Continental no prazo de um ano para criar uma unidade de atendimento na área de traumatologia, com RX para fazer frente aos inúmeros casos de acidentes de trânsito que ocorrem na região.”

Do ponto de vista da saúde coletiva e ambiental, a contaminação da região continental de São Vicente por lixo químico tóxico pela empresa Rhodia, foi um grave problema trazido à CMSE, desta vez pelo próprio Movimento existente no município em defesa do meio ambiente, a saber, O Movimento SOS Saneamento Básico e Saúde. Várias deliberações se fizeram no sentido de envolver a Administração Pública Municipal na busca de uma solução judicial, indenizações e acompanhamento das condições de vida e de saúde da população local.

O Conselho Municipal de Saúde foi apontado como ator importante para a resolução favorável de processo judicial contra a empresa Rhodia, que já estava em andamento na época, sem contudo ser de conhecimento maior da população em geral .

A partir desta Conferência realizou-se todo um movimento de “pressão política” para uma resolução que viesse beneficiar ou minimizar os prejuízos

causados pela contaminação ambiental por organoclorados jogados como lixo na região populosa da Área Continental. A luta contra a empresa poluidora permeou todo o período desta Administração.

Ainda na questão ambiental, o saneamento básico também ocupou boa parcela das discussões e encaminhamentos, sendo desta feita a SABESP (empresa estatal responsável pelo saneamento básico da região) e a Prefeitura chamadas a suas responsabilidades. (PMSV - SESASV - Relatório Final da CMSE, 1993)

■ Algumas das Resoluções da CMSE no tema Saúde Coletiva e Ambiental:

“Que a justiça determine: que a RHODIA seja responsável por tempo indeterminado pelo custeio do acompanhamento médico de todos os casos suspeitos de contaminação por lixo tóxico (organoclorados), inclusive e tratamento de casos de contaminação confirmados, e indenização a pessoa ou a família, quando for o caso.”

“Que a execução de todas as exigências a serem cumpridas pela poluidora (RHODIA) seja acompanhada, financeira e tecnicamente por comissão de representantes da população local e por uma comissão do Conselho Municipal de Saúde assessoradas por quem lhes convir.”

Já nesta primeira conferência foi feita uma introdução ao tema do Controle Social, sendo apresentada a proposta, que foi aceita, da formação de Conselhos Gestores nas Unidades de Saúde, bem como para a reestruturação e fortalecimento do Conselho Municipal de Saúde.

■ Do Relatório Final da CMSE sobre o tema Controle Social:

“A discussão, inicialmente se circunscreveu a explicar os aspectos gerais do que seria controle social, qual é a sua finalidade e a forma de implementá-lo.

A partir de exemplos práticos da participação de alguns membros em movimentos populares, foram debatidas as dificuldades de se mobilizar a população, bem como o descrédito dos usuários na implementação de eventuais propostas apresentadas.”

Nesta mesma oportunidade, 09 (nove) vagas que existiam junto ao Conselho Municipal de Saúde, por abandono de conselheiros anteriores, foram preenchidas por entidades eleitas pelos delegados presentes à Conferência, promovendo uma primeira renovação do Conselho .

**A II CONFERÊNCIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
SANEAMENTO BÁSICO E CONTROLE SOCIAL  
Junho de 1994**

A segunda conferência realizada pelo SESASV durante a Administração Democrática Vicentina, já pode contar com uma maior participação popular desde a sua elaboração e organização. Tendo uma Comissão Organizadora formada a partir do Conselho Municipal de Saúde, que deliberou a realização da Conferência e definiu sua temática central. Foram os usuários, funcionários e diretores do SESASV, que organizaram todo o processo, tendo os últimos assumido a maioria das tarefas e coordenação.

Os temas apresentados - Saneamento Básico e Controle Social - inicialmente pareciam de difícil abordagem, um pouco pelo fato de ultrapassarem a questão assistencial, ou seja, da discussão dos serviços de saúde, além do

ainda distanciamento da questão do controle social, apesar de já estarem iniciados os processos participativos locais, tendo o município, na época, já formados 05 (cinco) Conselhos Gestores de Unidades de Saúde.

A discussão sobre Saneamento Básico, contudo, pareceu fluir com maior ênfase devido a história de lutas já existente e, principalmente pela necessidade de reverter o quadro de falta de saneamento, do esgoto a céu aberto e suas epidemias.

■ **AS PRÉ CONFERÊNCIAS À II CONFERÊNCIA:**

Foram realizadas 83 (oitenta e três) reuniões prévias à II CMS-SV, com os objetivos de introduzir um número maior possível de participantes aos temas propostos, trazendo suas propostas para o evento central, além de eleger os delegados (representantes dos segmentos). Foram envolvidas um total de 2112 pessoas neste processo, em média participando 25 pessoas em cada Pré Conferência, durante o mês que antecedeu a Conferência.

Participação nas Pré Conferências à II Conferência:

SEGMENTOS REPRESENTADOS	NÚMERO DE PRÉ CONFERÊNCIAS
POPULAÇÃO (*)	34
MOVIMENTO POPULAR DE SAÚDE	16
ASSOCIAÇÕES DE BAIROS	04
ASSOCIAÇÕES DE DOENTES E FAMILIARES	04
TRABALHADORES DA SAÚDE	17

POPULAÇÃO E TRABALHADORES DA SAÚDE	03
INSTITUIÇÕES FORMADORAS	01
SINDICATOS	01
PARTIDOS POLÍTICOS	03
TOTAL	83

(\*) No segmento POPULAÇÃO aqui se incluem: moradores de um bairro, usuários de serviços de saúde e equipamentos públicos como creches, escolas e Centros de Convivência.

FONTE: Relatório das Pré Conferências à II Conferência Municipal de Saúde de São Vicente.

Para estas discussões prévias foram elaboradas duas Cartilhas: “O que é Saneamento Básico” e “O que é Controle Social”, distribuídas nas reuniões.

Seu conteúdo, introdutório e objetivo, foi bastante aprofundado durante as discussões e na apresentação das Teses da II CMS-SV, tendo estas um caráter informativo e mesmo educativo sobre o tema.

No tema Saneamento Básico foram explicados os sistemas de abastecimento de água, de coleta e tratamento de esgotos, coleta e destinação do lixo, drenagem de águas pluviais e controle das marés, controle da poluição do mar por esgotos, todas estas questões permeadas por dados de saúde-doença, delas dependentes, como dados de Mortalidade Infantil e Diarréias no município. Ainda foi apresentado um estudo de custos de saneamento, visando sensibilizar para a inviabilidade do município arcar com tais despesas isoladamente. Neste sentido as propostas feitas pelo SESASV para esta Conferência configuraram exigências para com os Governos Estadual e Federal, além da necessidade de

mobilização da população, para tais exigências. (PMSV - SESASV - Teses para a II CMS-SV, 1994)

O Relatório das Pré Conferências, por sua vez, apesar de centralizar as propostas em ações junto à SABESP e Governo do Estado e na Metropolização da Baixada Santista, proposta esta vista como importante para a solução de muitos dos problemas ambientais, apresentou inúmeras propostas a partir de necessidades reais e imediatas, colocando o poder público local como responsável pelas mesmas, como o abastecimento de água, a limpeza de galerias de esgotos e colocação de tampas em bueiros, além da coleta de lixo.

Foram apresentadas também propostas para Projetos Municipais já existentes: Urbanização do México 70, Urbanização do Itararé e Urbanização de todas as favelas de São Vicente. (PMSV - SESASV - Relatório das Pré Conferências)

No tema Controle Social, apesar de aparentemente menos palpável e polêmico, foi onde as discussões puderam ter encaminhamentos mais concretos, além de ter proporcionado uma “ponte” para a luta em relação aos problemas enfrentados pela falta de saneamento básico.

O documento Tese do SESASV, além de aprofundar as informações contidas na Cartilha “O que é Controle Social”, apresenta a Legislação da Saúde na área, através da Lei 8080, de setembro de 1990 e da Lei 8142, de dezembro de 1990, propiciando maior conhecimento das mesmas.

As propostas ficaram centradas na reestruturação do Conselho Municipal de Saúde, com mudanças de composição, representatividade e funções (propõe-

se nesta ocasião, mudanças na Lei 92-A, que dispõe sobre o Controle Social no SUS no município). No documento apresentado pelo SESASV, foi apresentada a composição atual do Conselho Municipal de Saúde, bem como as propostas de mudanças em sua composição, contemplando a ampliação da participação de vários setores e a orientação de ser tripartite e paritário.

A consolidação do processo de implantação dos Conselhos Gestores também foi proposta pelo SESASV. (PMSV - SESASV - TESES PARA A II CMS-SV, 1994)

O Relatório das Pré Conferências aponta para uma questão que se tornou um “nó” no processo participativo local: a informação.

Muitas das propostas das Pré Conferências, que se repetiram enquanto Resoluções (será explicado no próximo item), ficaram centradas na questão da necessidade de acesso a informação, seja a respeito dos serviços de saúde em geral (em 09 pré conferências), seja a respeito do Sistema Único de Saúde (em 11 pré conferências), ou a respeito dos próprios mecanismos de participação popular e controle social (em 13 pré conferências).

Além desta questão, a melhoria nos serviços de saúde surge como proposta da discussão de controle social, além da necessidade de fortalecimento dos movimentos populares enquanto tais.

Foram propostas, ainda nas pré conferências, a implantação de Conselhos Gestores em todas as unidades de saúde que ainda não tinham, e a garantia de representação junto ao Conselho Municipal de Saúde, de representante da Área

Continental de São Vicente. (PMSV - SESASV - Relatório das Pré Conferências, 1994).

■ O RELATÓRIO FINAL DA II CONFERÊNCIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE SÃO VICENTE:

Composição dos delegados à II CMS - SV:

REPRESENTAÇÃO	NÚMERO DE DELEGADOS
ELEITOS NAS PRÉ CONFERÊNCIAS	231 (titulares) / 123 (suplentes)
INDICADOS POR ENTIDADES	46
MEMBROS DO CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE	23
TOTAL ( titulares )	300

FONTE: Relatório Final da II Conferência Municipal de Saúde de São Vicente.

A participação na II Conferência Municipal de Saúde de São Vicente, foi de 350 pessoas durante a solenidade de abertura, 364 pessoas durante os debates e grupos de discussão e 253 pessoas na Plenária Final e eleições do CMS. (PMSV - SESASV, Relatório Final da II CMS-SV, 1994)

■ PRINCIPAIS RESOLUÇÕES DA II CMS NO TEMA SANEAMENTO BÁSICO:

A recente epidemia de cólera que ocorrera no município fomentou a discussão e busca de entendimento e soluções para a problemática do saneamento básico, trazendo, de um lado, o aprendizado a respeito do perfil epidemiológico do município relacionado a suas precárias condições sanitárias. De outro lado, demonstrou a impotência do poder público municipal, face ao montante do problema e a alegada escassez de recursos próprios.

**Em relação à SABESP:**

“Realizar abaixo-assinado exigindo da SABESP saneamento básico para São Vicente;”

“União da Prefeitura, Conselho Municipal de Saúde, Conselhos Gestores de unidades e população, para pressionar a SABESP;”

**Em relação ao Governo do Estado e União:**

“O envio de verbas destinadas ao setor saúde/ saneamento deverá vir diretamente do Governo Federal para o município, sem intermediação;”

**Em relação aos políticos:**

“Que denunciem ao Governo do Estado quando este afirmar que a cólera está sob controle em São Vicente;”

**Em relação à participação popular:**

“Divulgar e aumentar a participação no movimento SOS Saneamento Básico;”

**Em relação ao abastecimento de água:**

“O poder municipal, com a fiscalização do Conselho Municipal de Saúde, deve proceder à análise da qualidade da água (inclusive quanto ao aspecto de contaminação química) que estamos recebendo em nossa cidade, pedir informações sobre a rede de distribuição e fazer a divulgação dos resultados;”

**Em relação à coleta e tratamento de esgoto:**

“Extensão da rede de esgoto para todos os bairros da cidade, dando prioridade as obras já iniciadas;”

**Em relação à coleta e destinação do lixo:**

“ Implantar de fato a coleta de lixo no México 70;”

“Que a educação para a saúde em relação à coleta de lixo se torne matéria do currículo escolar;”

**Em relação à drenagem de águas pluviais e controle de marés:**

“Que a Prefeitura preste contas sobre onde está investindo em drenagem de águas e controle de marés;”

**Em relação à balneabilidade das praias:**

“ Que a CETESB torne mais freqüente a análise da balneabilidade das praias;”

“Pela urbanização de todas as favelas e praias de São Vicente;”

**Em relação à educação e saneamento básico:**

“Que o poder público municipal junto ao CEPEL promova um curso de capacitação sobre o tema;”

Após a II CMS formaram-se algumas comissões por saneamento básico em bairros e unidades de saúde, tendo sido realizado durante cerca de 04 (quatro) meses, um “abaixo - assinado” que contou com 8.000 assinaturas , com o texto transcrito a seguir:

“Nós, abaixo-assinado, moradores de São Vicente, estamos revoltados com o descaso que o Saneamento Básico tem sido tratado em nossa cidade. Em virtude disso, exigimos da SABESP:

1. Que cumpra com sua responsabilidade em relação ao Saneamento Básico em São Vicente;
2. Que fiscalize as obras iniciadas, abandonadas e o desperdício;
3. Que invista em São Vicente no mínimo a mesma proporção da arrecadação gerada pela cidade;
4. Que aumente a cobertura de esgoto, priorizando áreas de risco/periferia;
5. Que tenha critérios técnicos para investimento em Saneamento Básico;

6. Que tenha um projeto básico de saneamento básico para São Vicente, prestando contas dos investimentos feitos através do Conselho Municipal de Saúde de São Vicente;
7. Que resolva os problemas de manutenção da rede existente;
8. Que implante saneamento alternativo nos locais onde os meios tradicionais não podem ser implantados;
9. Que resolva em definitivo o problema da falta de água em São Vicente.”

Promoveram a realização deste documento, a Comissão por Saneamento Básico e Saúde de São Vicente, o Conselho Municipal de Saúde de São Vicente e o Conselho Gestor do Centro de Saúde I de São Vicente.

A entrega deste abaixo-assinado, planejada para ser feita junto a Sabesp, nunca se realizou, pois não se conseguiu viabilizar junto ao Conselho Municipal e comissões uma audiência com estas autoridades, a exemplo de fato ocorrido durante a conferência, quando os responsáveis pelo órgão e os representantes do governo federal foram convidados e não compareceram.

O Conselho Gestor do CS I, através de conhecimentos pessoais de um de seus representantes, obteve uma audiência junto à Diretoria Regional da SABESP, não sendo possível, no entanto, nenhuma decisão ou encaminhamento a partir de tal reunião.

Esses fatos, somados a não realização de obras solicitadas junto à Sabesp, desmotivou os envolvidos nesta luta, em sua maioria donas de casa, aposentados e membros dos Conselhos Gestores. O Movimento SOS Saneamento Básico, já presente e reconhecido no município, não teve o mesmo envolvimento com o processo citado, embora tenha colaborado na obtenção de assinaturas.

## ■ PRINCIPAIS RESOLUÇÕES DA II CMS NO TEMA CONTROLE

### SOCIAL:

A necessidade de informações a respeito do tema demonstrada durante as pré conferências foi bastante explorada nas discussões da conferência, sendo obtidos resultados, tanto em propostas, quanto em encaminhamentos a partir delas.

Os representantes junto aos Conselhos Gestores de Unidades de Saúde recém formados, fortaleceram a discussão sobre participação popular e controle social, tendo sido aprovadas nesta conferência propostas importantes como a realização do I Encontro de Conselhos Gestores (proposta pelo SESASV e aprovada na Plenária Final), que ocorreu alguns meses após.

#### **Em relação aos Conselhos Gestores:**

“Realização do I Encontro de Conselhos Gestores no prazo de 60 dias, para discussão de seu Regimento Interno que deve estar em concordância com o do CMS, respeitando as deliberações da II CMS-SV e da IX Conferência Nacional de Saúde;”

#### **Em relação à Participação Popular:**

“Desenvolver trabalhos nos bairros de orientação à população, com objetivo de formação de Conselhos Populares de Saúde independentes, em todos os bairros, estabelecendo uma relação entre o seu trabalho e o funcionamento dos Conselhos Gestores vinculados ao SESASV;”

“Criar comissões dentro das empresas e escolas para discutir a importância do Controle Social na Saúde, incluindo saneamento e todos os temas de interesse público;”

**Em relação ao Conselho Municipal de Saúde:**

O ponto alto desta temática, no entanto, foram as discussões sobre a nova composição e eleições para o Conselho Municipal de Saúde, que passou, de uma realidade onde “sobravam vagas” em 1993, para a necessidade de ampliação do número de seus representantes, além de grande disputa durante o processo eleitoral.

As mudanças que já estavam sendo efetivadas em seu funcionamento, culminaram em mudanças radicais em sua composição:

“O Conselho passa a ser composto por 28 membros, de forma paritária e tripartite:

- 50% dos membros são representantes dos usuários;
- 25% de prestadores de serviço;
- 25% de representantes dos trabalhadores da saúde;” (PMSV - SESASV, Relatório Final da II CMS-SV, 1994)

**COMPOSIÇÃO DO CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE  
ANTERIOR À II CONFERÊNCIA**

<b>Representantes Institucionais</b> 12 MEMBROS		<b>Representantes Usuários</b> 12 MEMBROS	
<b>TITULARES</b>	<b>SUPLENTES</b>	<b>TITULARES</b>	<b>SUPLENTES</b>
(2) SESASV	(2) SESASV	(9) Entidades de bairros	(4) Entidades de bairros
(3) PREFEITURA	(3) PREFEITURA	(1) Entidade Formadora	(1) Sindicato
(1) CÂMARA DE VEREADORES	(1) CÂMARA DE VEREADORES	(1) Movimento de Saúde	(3) Movimento de Saúde
(1) ERSA-52	(1) ERSA-52	(1) Outras entidades	(4) Vagas de desistência
(1) SERVIDOR SESASV	(1) SERVIDOR SESASV		
(1) HOSPITAL SÃO JOSÉ	(1) HOSPITAL SÃO JOSÉ		
(1) HOSPITAL ANA COSTA	(1) HOSPITAL ANA COSTA		
(1) SINDICATO DOS MÉDICOS	(1) SINDICATO DOS MÉDICOS		

FONTE: Relatório Final da II Conferência Municipal de Saúde de São Vicente.

**COMPOSIÇÃO DO CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE  
A PARTIR DA II CONFERÊNCIA**

<b>Representantes Institucionais 14 MEMBROS</b>	<b>Representantes Usuários 14 MEMBROS</b>
<b>TITULARES E SUPLENTE</b>	<b>TITULARES E SUPLENTE</b>
<b>Prestadores:</b> (2) SESASV	(5) ENTIDADES DE BAIRROS ( Mínimo 1 da Área Continental )
(1) PREFEITURA	(2) MOVIMENTO POPULAR DE SAÚDE
(1) CÂMARA DE VEREADORES	(2) ASSOCIAÇÕES DE DOENTES, FAMILIARES E PORTADORES DE DEFICIÊNCIA
(1) ERSA 52	(3) CONSELHOS GESTORES ( 1 por Distrito de Saúde )
(1) HOSPITAL	(2) MOVIMENTO SINDICAL
(1) ENTIDADE FORMADORA	
<b>Trabalhadores da Saúde:</b> (2) SERVIDOR SESASV(eleitos)	
(1) HOSPITAL SÃO JOSÉ	
(4) ENTIDADES	
SINDICATO DOS SERVIDORES PÚBLICOS MUNICIPAIS	
SINDISAÚDE	
SINDIPREV	
COMISSÃO DE FUNCIONÁRIOS DO HSJ	

FONTE: Relatório Final da II Conferência Municipal de Saúde de São Vicente.

Além das mudanças na composição do Conselho, ficaram determinadas mudanças na maneira de escolha dos representantes dentro de cada entidade, passando a ser representante a entidade e não um determinado membro da mesma, como se fazia anteriormente.

Em relação ao funcionamento do Conselho Municipal de Saúde:

“Que o Presidente do CMS seja eleito pelos membros do mesmo;”

“Revisão em 90 dias do Regimento Interno do CMS.” (PMSV - SESASV, Relatório Final da II CMSV, 1994)

Por serem ações que dependiam basicamente de vontade política e planejamento, todas as resoluções relativas ao tema Controle Social foram trabalhadas após a Conferência, tendo sido formada, inclusive, uma Comissão “Pós Conferência”, para garantir o encaminhamento de várias deliberações.

(Anotações de trabalho da autora)

Durante a II CMS-SV ainda aconteceu a I Feira de Saúde de São Vicente, com exposição de trabalhos e atividades culturais, além da eleição, durante a Plenária Final, de representantes junto ao Conselho Regional de Saúde da Baixada Santista.

### **A III CONFERÊNCIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE SÃO VICENTE SAÚDE E QUALIDADE DE VIDA: DIREITOS QUE SE CONQUISTAM Maio de 1996**

Já em um outro contexto político, estando no último ano da administração em questão e com a necessidade de consolidar os avanços alcançados, tanto do ponto de vista da implantação do SUS quanto de seus mecanismos de Controle Social, realizou-se a III Conferência Municipal de Saúde.

Como nas Conferências anteriores, houve grande empenho na participação de usuários e trabalhadores da saúde, que manteve seu ritmo crescente.

O tema “Saúde e Qualidade de Vida”, além de buscar a preparação para as Conferências Estadual e Nacional, que aconteceram no mesmo ano e tiveram a representação de São Vicente, chamava atenção, mais uma vez, para a questão

ambiental, bem como para o Controle Social, além de tentar garantir maior entendimento a respeito do Sistema Único de Saúde local, através de uma "Prestação de Contas" da Administração, no que tange a implantação do SUS no período de 1993 a 1996. (PMSV - SESASV, "EM DEFESA DA VIDA" - Informativo do Serviço de Saúde de São Vicente - Edição Especial da III CMS, maio de 1996 - n 5)

#### ■ AS PRÉ CONFERÊNCIAS À III CONFERÊNCIA:

As Pré Conferências foram realizadas durante o mês de abril de 1996, num total de 111 reuniões que contaram com o envolvimento de 2224 pessoas, em média 20 participantes por reunião, sendo eleitos 250 delegados titulares e 173 suplentes. (PMSV - SESAV - Relatório das Pré Conferências, 1996)

Para a realização destas reuniões prévias, a exemplo da anterior, foi elaborado um "Documento para discussão nas Pré Conferências", contendo informações básicas e conceituais sobre os temas propostos, além de relatar, resumidamente o que foi feito no município, em termos de SUS, durante o período de 1993 até o início de 1996.

## SEGMENTOS REPRESENTADOS NAS PRÉ CONFERÊNCIAS

SEGMENTOS REPRESENTADOS	NÚMERO DE PRÉ CONFERÊNCIAS
POPULAÇÃO	30
MOVIMENTO POPULAR DE SAÚDE	08
CONSELHOS GESTORES	19
ASSOCIAÇÕES DE BAIRROS	07
ASSOCIAÇÕES DE DOENTES E FAMILIARES	08
TRABALHADORES DA SAÚDE	28
USUÁRIOS, TRABALHADORES DA SAÚDE E FAMILIARES	03
INSTITUIÇÕES FORMADORAS	02
MOVIMENTO SINDICAL	02
PARTIDOS POLÍTICOS	04
TOTAL	111

FONTE: Relatório das Pré Conferências à III Conferência Municipal de Saúde de São Vicente.

A temática ampla propiciou discussões também amplas, culminando em um relatório que contemplava para discussão e aprovação em plenária, não questões polêmicas, mas consensuais a respeito da continuidade da implantação do SUS local, suas deficiências, suas necessárias melhorias.

Algumas das propostas apresentadas durante as Pré Conferências:

### **Propostas Gerais para o SUS em São Vicente:**

- Continuidade do SUS: Garantir continuidade do SUS, preservando-o, melhorando-o e reafirmando seus princípios (nível local e nacional);
- Políticas de Saúde: Equacionar problemas de saúde a nível metropolitano (metropolização da Baixada Santista);
- Verbas da Saúde: Aumento da verba e garantias de recursos para a saúde, com fixação de percentual mínimo de orçamento em todos os níveis de governo;
- Modelo Assistencial: Equipes multiprofissionais para trabalhar em prevenção e formação de agentes comunitários;
- Divulgação: Maior divulgação dos locais, serviços prestados e programas desenvolvidos.

### **Propostas em relação a Rede de Serviços de Saúde:**

- Reformas, ampliação de instalações, manutenção de equipamentos e ampliação de equipes nas Unidades de Saúde;
- Ampliação de atividades na Área Continental;
- Aumento do número de medicamentos padronizados, garantindo o fornecimento de medicamentos básicos para todos;
- Maior rapidez no atendimento de viaturas e ambulâncias através da instalação de rádios, manutenção e renovação da frota;
- Compra de instrumentais e equipamentos.

### **Propostas em relação a Promoção à Saúde e Qualidade de Vida:**

- Garantia de Saneamento Básico, através da canalização de valas, drenagem, revestimento e limpeza de canais;
- Calçamento e manilhamento de ruas;
- Coleta diária e eficiente de lixo, além de campanha educativa contra o hábito de jogar lixo em locais inapropriados;
- Terminar Projeto de urbanização do México 70;
- Segurança: Implantação de Posto Policial e telefones públicos no bairro.

### **Propostas de Assistência Hospitalar:**

- Aumento do número de leitos do SUS;
- Construção de um hospital público municipal;
- Permanência da intervenção da prefeitura junto ao Hospital São José;
- Municipalização do Hospital São José;
- Humanização e melhorias no atendimento do Hospital São José.

### **Propostas em relação aos Recursos Humanos:**

- Aumento salarial - reposição de perdas e acompanhamento da política salarial da região;
- Discussão / implantação de plano de cargos e salários;
- Treinamentos / cursos e reciclagens para todos os funcionários;
- Redução de jornada de trabalho para 20 h opcional;
- Melhoria nas condições de trabalho.

### **Propostas em relação aos Programas de Saúde:**

- Melhorias em todos os Programas de Saúde implantados: Saúde Mental, Saúde Bucal, Saúde da Mulher, Saúde da Criança, DST/AIDS, Pessoa Portadora de Deficiência, Hanseníase e Tuberculose;
- Implantação de Programas: Programa de Saúde da terceira idade com assistência domiciliar, Programa de Internação Domiciliar (PID)

### **Propostas em relação a Vigilância à Saúde:**

- Ampliação da atuação da VISA nos bairros;
- Criação de serviço de vigilância a acidentes de trânsito;
- Campanha de orientação e fiscalização a criação de animais;
- Desratização periódica;
- Apreensão de animais.

### **Propostas relativas ao Controle Social:**

- Aprovação das mudanças da Lei 92-A, garantindo a continuidade dos mecanismos de Controle Social (CMS e CG-US);
- Atuação do Conselho Municipal de Saúde junto a prefeitura para melhorias nos bairros;
- Atuação dos Conselhos Gestores promovendo reuniões com corpo clínico, funcionários, população e CG para melhorar o relacionamento;
- Reativar a luta por saneamento básico;
- Estabelecer parcerias dos serviços de saúde com os movimentos populares para campanhas e programas de saúde.

O Relatório das Pré Conferências reflete, por outro lado, evolução na qualidade das propostas apresentadas, fruto de ações já existentes e de mecanismos de participação e informação em funcionamento há três anos.

Sendo assim, foram incorporadas, por exemplo, propostas em relação a melhorias e ampliação nos serviços de saúde mental, cujo modelo adotado, da luta antimanicomial, antes era desconhecido e até questionado.

As propostas do funcionalismo foram incorporadas, também devido ao crescimento de sua participação nos processos e a sua retomada de discussões.

A questão do Hospital São José, única polêmica de fato, foi levada para a Conferência sem definições e assim continuou, até o final da administração em questão.

#### ■ O RELATÓRIO FINAL DA III CONFERÊNCIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE SÃO VICENTE:

A participação na III CMS foi de 360 pessoas durante a solenidade de abertura, 350 pessoas durante a realização das mesas redondas e grupos de discussão e 300 pessoas durante a Plenária Final. (PMSV - SESASV, Relatório da III CMS-SV, 1996)

A esta Conferência estiveram presentes em mesas redondas e debates, representantes da saúde coletiva de expressão nacional, fato este que merece destaque por significar que a saúde no município estava se inserindo, através de projetos e ações, no cenário nacional. (observações da autora)

## ■ PRINCIPAIS RESOLUÇÕES DA III CMS - SV:

As deliberações da plenária Final da III CMS - SV praticamente referendaram as propostas contidas no Relatório das Pré Conferências, aprofundando mais as discussões e reivindicações sobre os temas já levantados, no que diz respeito à consolidação do SUS, das políticas de saúde, a garantia de verbas para a saúde, a melhorias em toda a rede de serviços e programas de saúde, em relação à assistência hospitalar, recursos humanos, controle social, promoção à saúde e qualidade de vida.

### PROPOSTAS GERAIS PARA O SUS EM SÃO VICENTE:

#### **Em relação a verbas para a saúde:**

“Garantir e ampliar os recursos do orçamento municipal destinado à saúde (no Governo Luca 17%);”

“Pressionar o Congresso Nacional para que aprove o projeto de emenda constitucional (PEC) que destina 10% no mínimo dos orçamentos dos Municípios, Estados e União e 30% da Seguridade Social para a Saúde;”

#### **Em relação ao modelo assistencial:**

“Política de saúde priorizando a prevenção, ou seja, mais educação em saúde para a população;”

#### **Em relação à Rede Básica de serviços de saúde:**

“A III Conferência Municipal de Saúde de São Vicente referenda a reforma e ampliação de todas as Unidades já previstas;”

**Em relação aos serviços de urgência e emergência:**

“Estruturar o Serviço de Resgate 192, com atendimento pré hospitalar;”

**Em relação à Assistência Hospitalar:**

“Aumento do número de leitos do SUS;”

“Investir mais recursos no Hospital São José;”

**Em relação aos Programas de Saúde:**

“Implantação de NAPS na Vila Margarida e Área Continental a curto prazo e Cidade Náutica e Jóquei a médio/longo prazo;”

“Investimento na formação de equipe de Saúde Bucal, com aumento no número de ACDs e criação do cargo de THD (técnico em higiene dental);”

“Garantia de atendimento de ginecologia na emergência;”

“Maior atenção à criança com contratação de pediatras para a sala de parto e aumento de pediatras na rede;”

“Construção da Casa de Apoio para crianças soropositivas e filhos de pacientes de AIDS e para adultos soropositivos;”

“Implantação de programa municipal de habilitação profissional das pessoas portadoras de deficiências, em parceria com o COMDEF (Conselho Municipal do Deficiente);”

“Continuar a luta contra a Mortalidade Infantil, ampliando o programa “Bebê de Risco”, para atingir a meta da OMS de um CMI de 20 por 1000 habitantes no ano 2000;”

## PROPOSTAS DE PROMOÇÃO À SAÚDE E QUALIDADE DE VIDA:

As resoluções relativas ao tema “Saúde e Qualidade de Vida” sugerem, de forma evidente, que o município se encontra muito distante de proporcionar aos cidadãos a qualidade de vida a que têm direito e reivindicam. Há uma repetição das propostas apresentadas durante a II CMS, sendo o Saneamento Básico e todos os seus componentes, mais um vez o centro das necessidades.

(PMSV - SESASV, Relatório Final da II CMS-SV, 1994)

No entanto, as propostas também apontam para uma ampliação da discussão da saúde, surgindo propostas relativas à educação, emprego, dentre outros projetos sociais, demonstrando um apelo geral à necessidade de políticas sociais.

A repetição de propostas já feitas anteriormente se deve ou a seu não equacionamento enquanto prática ou solução do problema levantado, mas também a existência de novos participantes, devido ao caráter ampliado dos eventos, bem como a constante renovação nos Conselhos e Delegados.

### **Em relação ao Saneamento Básico:**

“Rompimento do convênio com a SABESP caso ela não cumpra com suas obrigações;”

### **Em relação as ruas/vias públicas:**

“Estimular e apoiar o Plano Comunitário de Calçamento (já em andamento) e manilhamento de ruas, em parceria da Prefeitura com a população;”

**Em relação a urbanização:**

“Regularizar áreas de invasão;”

“Buscar parceria com os governos estadual e federal e organismos internacionais para o desfavelamento de São Vicente;”

**Em relação a educação:**

“Ampliação de escolas, reestruturação da educação no município, projeto educacional que inclua cursos de alfabetização para adultos e escola de educação especial;”

**Em relação ao emprego:**

“Política de combate à miséria, priorizando a implantação do Projeto de Renda Mínima;”

**Em relação a segurança:**

“Implantação de posto policial em locais onde não existe;”

**Em relação ao Controle Social:**

No que se refere ao Controle Social, as propostas caminharam no sentido do fortalecimento dos fóruns e na importância atribuída a eles enquanto atores de resistência e manutenção das conquistas do SUS, tendo em vista o panorama de mudança de governo local:

- “Garantir a aprovação das mudanças na Lei 92-A, através de uma ação do CMS, que deverá: 1. Enviar ofício à Câmara de Vereadores solicitando a relação de vereadores que votaram favoravelmente e os ausentes na votação; 2. Enviar documento à Câmara solicitando aos vereadores que discutam a proposta de alteração da lei com o CMS,

enviando em anexo lista de presença da Conferência; 3. Mobilização dos delegados desta Conferência quando da próxima votação do projeto pela Câmara;”

- “Treinamento dos Conselheiros dos Conselhos Gestores para as ações de Controle Social e Vigilância à Saúde;”
- “Que o CMS participe efetivamente do processo de Orçamento Participativo/96, para garantir a execução das resoluções desta Conferência;”
- “Que o Conselho Municipal de Saúde promova debate entre os candidatos a Prefeito para discussão das propostas para a saúde;”
- “Envolver a sociedade e em especial o CMS e os Conselhos Gestores no acompanhamento da implantação do Plano Municipal de Saúde do próximo governo municipal, com ênfase às reformas das Unidades, a incorporação de tecnologias, os gastos em saúde, a melhoria das condições de trabalho e o perfil epidemiológico.” (PMSV - SESASV, Relatório Final da III CMS-SV, 1996)

Ainda durante a III CMS-SV aconteceu a II Feira de Saúde, no mesmo espírito da primeira. A II Feira de Saúde teve o objetivo de informar e educar, com distribuição de materiais educativos e atividades culturais.

Na mesma ocasião, realizaram-se eleições para o Conselho Municipal de Saúde, já obedecendo a formação adotada e Regimento Interno reformulados a partir da II CMS de 1994.

Algumas entidades se consolidaram enquanto participantes do CMS desde 1993, tendo ainda a renovação de 50% da representação de entidades de usuários.

Dentre os representantes de usuários junto ao CMS, o segmento com maior renovação no processo eleitoral foi o de Conselhos Gestores de Unidades de Saúde, também aparecendo aí a maior diferença entre número de vagas - 03 titulares e 03 suplentes - e o número de Conselhos a disputá-las - 17 Conselhos Gestores. Acrescente-se aí o fato deste segmento estar “começando” sua participação efetiva junto ao SUS, ter maior competitividade, maior fôlego e, porque não dizer, acreditar mais no processo de participação. (Observação da autora)

No segmento reservado à participação de associações e entidades de bairros, as vagas existentes não foram totalmente preenchidas, além de uma das entidades eleitas não ter, posteriormente, indicado seu representante.

(Documentos da Comissão Executiva do CMS-SV)

Na Plenária Final da III CMS-SV foram aprovadas 36 (trinta e seis) moções, sobre os mais variados propósitos a respeito dos temas abordados. Ao contrário das anteriores, todas as moções foram encaminhadas para as mais diversas esferas de governo e entidades, por iniciativa do SESASV através do Grupo de trabalho de Controle Social (GTCS), e aos fóruns de participação (Conferências Estadual e Nacional) pela Delegação do município.

Ainda durante a III CMS, foram eleitos delegados à II Conferência Estadual de Saúde, em número de 12 (doze). (PMSV - SESASV, Relatório Final da III CMSE, 1996)

A delegação de São Vicente esteve presente e atuante junto as Conferências que se seguiram - Estadual em São Paulo e Nacional em Brasília - defendendo propostas e moções relativas ao município e à Baixada Santista, além de participar efetivamente em discussões específicas como a Saúde Mental e os próprios mecanismos de Controle Social e Participação Popular. (Observações da autor que estava presente nos eventos)

**QUADRO COMPARATIVO DA PARTICIPAÇÃO  
NAS PRÉ CONFERÊNCIAS E CONFERÊNCIAS REALIZADAS DE 1993 a  
1996**

CONFERÊNCIA ANO	CMSE 1993	II CMS 1994	III CMS 1996
TOTAL DE PRÉ CONFERÊNCIAS	47	83	111
TOTAL DE PARTICIPANTES	1410	2112	2224
PARTICIPANTES NA CONFERÊNCIA ( média/dia )	250	322	336
DELEGADOS ( titulares )	202	300	290

FONTES: Relatórios das Pré Conferências e Conferências de Saúde de São Vicente - 1993 a 1996.

## 6.2.2 O ORÇAMENTO PARTICIPATIVO DE 1995 E A PARTICIPAÇÃO DA SAÚDE

Introdução:

No ano de 1995, a Administração Pública Municipal de São Vicente realizou, pela primeira vez na história do município, o Orçamento Participativo.

Inspirado em experiências bem sucedidas de Planejamento Participativo, como as ocorridas em Porto Alegre - Rio Grande do Sul - também em administrações do Partido dos Trabalhadores, o orçamento municipal para o ano seguinte foi exposto e discutido, através de plenárias

em todos os bairros da cidade, sendo depois definido em um Congresso, por delegados eleitos durante as plenárias de bairros e setoriais.

Para tais reuniões preparatórias, o próprio chefe do executivo local foi até os bairros, expôs a arrecadação do Município, as despesas e o montante que poderia ou não ser investido, nos projetos e necessidades de cada bairro e setor .

A Cartilha do Orçamento Participativo, explicava assim:

“A partir de agora, você vai participar das decisões sobre o destino do dinheiro que a Prefeitura arrecada. É com esse dinheiro que a Prefeitura paga as despesas com escolas, pronto-socorros, limpeza da cidade e das praias, merenda escolar, iluminação de ruas e atende a população carente. Você vai ajudar a Prefeitura a decidir o que deve ser feito primeiro. Isso é o Orçamento Participativo! Afinal de contas, o dinheiro é seu!”

As reuniões aconteceram em 16 regiões da cidade, seguidas ainda de 04 (quatro) reuniões temáticas: Cidadania, Saúde, Moradia e Funcionalismo. Um total de 5.216 participaram, sendo 260 por reunião, com a eleição de um total de 136 delegados eleitos.

O quadro a seguir mostra um resumo das prioridades levantadas nas Plenárias e sua votação:

PRIORIDADES NAS PLENÁRIAS DO ORÇAMENTO	NÚMERO DE VOTOS
1. Pavimentação	1179
2. Melhorias do Sistema de Saúde	742
3. Saneamento Básico / Drenagem	306
4. Urbanização / Limpeza de canais	184
5. Casas Populares	136
6. Reajustes salariais para funcionários	135
7. Criação do Fundo e Conselho Municipal de Habitação	116
8. Criação da lei das ZEIS	106
9. Segurança	106
10. Ampliação de Centros de Convivência da Terceira Idade	88
11. Urbanização ( aterro hidráulico ) México 70	77
12. Educação	65
13. Casa de apoio à população de rua	62
14. Plano de Carreira para o funcionalismo	50

15. Cursos Profissionalizantes	35
16. Plano Habitacional	25
17. Revitalização do Centro	11
18. Urbanização do Itararé	06
19. Creches	05
20. Melhorias na infra-estrutura da Ilha Porchat	02

( PMSV - Jornal SV COMUNIDADE - Edição Especial sobre o Orçamento Participativo - São Vicente, agosto de 1995 )

O exercício democrático proporcionado pelo Orçamento Participativo foi bem recebido e envolveu vários segmentos da sociedade vicentina, incluindo os Conselheiros da Saúde. De um total de 136 delegados, 34 eram membros dos Conselhos de Saúde (25%), seja do Conselho Municipal ou dos Conselhos Gestores de Unidades de Saúde, de acordo com levantamento feito pelo Grupo de Trabalho de Controle Social. (Documentos de trabalho da autora).

A área da saúde conquistou, por sua vez, cerca de 40% do total previsto para investimentos no orçamento proposto para 1996, sendo estas as prioridades do setor :

- “ 1. Reforma do Centro de Saúde e construção do Núcleo de Reabilitação Física (deficientes) e do Centro de Referência em AIDS. A prefeitura deverá entrar com 50% dos recursos, e o restante será financiado pelo Governo do Estado (já existe compromisso neste sentido - CUSTO: R\$ 500.000);
2. Implantação de serviço na área Continental, com Raio X, sala de gesso e laboratório - CUSTO: R\$ 200.000;
3. Implantação de Núcleo de Saúde Mental no México 70 - CUSTO: R\$ 90.000;
4. Implantação de equipe de saúde mental na Área Continental - CUSTO: R\$ 20.000;
5. Aumento das verbas destinadas a melhorias e manutenção do Hospital São José - CUSTO: R\$ 240.000;
6. Implantação da Poli-Saúde da Praça Vitória - CUSTO: R\$ 71.000;
7. Implantação da Poli-Saúde do Parque Bitaru - CUSTO: R\$ 95.500;
8. Implantação da Poli-Saúde do Humaitá - CUSTO: R\$ 10.000;
9. Ampliação do horário de atendimento da Poli-Saúde do Jardim Rio Branco - CUSTO: R\$ 70.500;
10. Implantação da Poli-Saúde do Jardim Guassú/Vila Cascatinha/Paraíso/São Jorge - CUSTO: R\$ 90.000.”

(PMSV - Jornal SV COMUNIDADE - Edição Especial - Congresso do Orçamento - São Vicente, Setembro de 1995).

O envolvimento durante o processo de Orçamento Participativo e, talvez a maior proximidade da população com o executivo local, somados às disputas políticas existentes, trouxe a partir deste evento, um episódio onde pôde ser observado o enfrentamento entre vários segmentos e forças locais.

Durante o Congresso do Orçamento foram aprovados cortes em torno de 27% nas despesas da Câmara Municipal, tendo sido considerada, pelos delegados, a Câmara com maiores gastos na Baixada Santista. (PMSV - Jornal SV COMUNIDADE - Edição Especial - Congresso do Orçamento - São Vicente, setembro de 1995)

Ao mesmo tempo, é sabido que os orçamentos são enviados para a Câmara de Vereadores, que os aprecia e aprova ou não, bem como as maneiras de arrecadar o dinheiro a ser gasto.

Nesse episódio, houve um enfrentamento entre a Câmara de Vereadores - os representantes eleitos pelo povo junto ao Legislativo local - e os delegados eleitos para o Orçamento Participativo - também representando o povo. Fruto desse confronto, houve crescimento e ao mesmo tempo desgaste de alguns dos participantes mais envolvidos - "cidadãos comuns" contra-argumentando com políticos experientes - além dos questionamentos que surgiram no que diz respeito às práticas autoritárias da política local, bem como a veracidade de todo aquele processo do qual estavam participando.

(Observações da autora enquanto participante no processo)

A Câmara Municipal de Vereadores aprovou, após muita pressão popular, dos Conselheiros da Saúde, dos trabalhadores da saúde, em sessões lotadas,

tumultuadas, algumas contando com reforço policial, o Orçamento para 1996 decidido no Congresso do Orçamento Participativo. No entanto, também fazendo parte desse “jogo político” local, não foram aprovadas as medidas de arrecadação consideradas necessárias para a garantia dos recursos orçamentários.

A realização do Orçamento Participativo em São Vicente trouxe ao palco das discussões políticas a questão da legitimidade das representações populares, diante de poderes “paralelos” de decisões e diferentes interesses entre os representantes, acirrando as disputas político-partidárias locais e desvendando aos olhos da população, esses interesses diversos, que não aqueles conhecidos como “comuns a todos” ou “populares”.

Especificamente em relação à saúde, estavam sendo implantadas até o primeiro semestre de 1996, cerca de 60% das prioridades previstas, sendo a metade delas com recursos próprios do município e o restante com recursos advindos de convênios com o Ministério da Saúde, além de parcerias estabelecidas com a iniciativa privada. (PMSV - SESASV - Planilhas de Avaliação e Acompanhamento de Metas, 1996)

Os Conselheiros da saúde, por sua vez, tiveram acesso ao acompanhamento da execução orçamentária na área da saúde através dos próprios fóruns de participação da saúde.

Em 1996, o município realizou novamente o Orçamento Participativo, com características diferentes e participação menos ampla. Foi feita uma avaliação do processo anterior e uma prestação de contas do que estava sendo feita, até então:

“Outra prioridade pedia mais incremento à saúde. Depois do Orçamento Participativo/95, a cidade ganhou pelo menos mais três unidades de saúde: a Poli-Saúde do Catiapoã, a Poli-Saúde da Vila Margarida e a Poli-Saúde do CAÍQUE Humaitá. Sem contar que a Prefeitura continua na administração do Hospital São José, mantendo a instituição de portas abertas para atender a população.” (PMSV - JORNAL DO ORÇAMENTO - Boletim informativo especial para o “Orçamento Participativo”, maio de 1996)

A participação da saúde enquanto SESASV, trabalhadores da saúde e Conselhos de Saúde foi menor e mais diluída neste processo, um pouco pelo fato de acontecer concomitante ao processo de Conferência de Saúde - que afinal, é a instância máxima de decisões na saúde - um pouco pelo desgaste que para alguns foi desmotivante a partir do Orçamento de 95, um pouco pelo contexto político e administrativo público local, em período pré eleitoral e com as diferenças entre os representantes - legislativo e delegados do orçamento - já acirradas pelo processo anterior.

Acrescenta-se ainda o fato de que o orçamento já aprovado em 95 não teria sido executado na sua totalidade, principalmente no que tange à infraestrutura urbana, o que desacreditou a discussão e aprovação de um outro, o Orçamento de 96, para outro governo executar. (Documentos de trabalho da autora).

### 6.2.3 O CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DE SÃO VICENTE

Uma das primeiras medidas tomadas pelo SESASV no sentido de reconstruir a relação com a população usuária dos serviços de saúde de São Vicente, foi a reaproximação com o Conselho Municipal de Saúde.

Mesmo este Conselho, parte integrante e deliberativa do poder executivo municipal, foi encontrado desarticulado e excluído das decisões das políticas de saúde.

“Cabe lembrar, que o Conselho Municipal de Saúde foi criado na I Conferência Municipal de Saúde, em 1991, mas só tomou posse em 21 de outubro de 1992, por força de mobilização do próprio Conselho.” (PMSV-SESASV, Teses para a II CMS-SV, 1994).

Após a CMS Extraordinária, em 1993, com uma renovação parcial em sua composição através de eleições para vagas que estavam sem representação, o Conselho Municipal de Saúde passou a ter um funcionamento efetivo, com reuniões regulares e formação de comissões de trabalho para os diversos temas e problemas a serem enfrentados. Essas comissões, como a Comissão por Saneamento Básico e a Comissão de acompanhamento do Hospital São José, não estavam previstas no Regimento Interno do mesmo, mas funcionaram como um “termômetro” para as políticas em implantação, principalmente respaldando e/ou questionando a intervenção junto ao Hospital São José. (Lei Municipal 92-A, São Vicente, 1992)

Em um primeiro momento do projeto alguns Movimentos Populares em ascensão passaram a fazer parte do CMS, a saber a Associação de Mulheres e SOS Criança da Área Continental, a Associação Maluco Beleza da Saúde Mental, a Pastoral da Criança e a Associação de Voluntários do Hospital São José. Mesmo outros segmentos e entidades que não eram representados oficialmente junto ao CMS, passaram a fazer parte deste Fórum, aumentando sua representatividade e aperfeiçoando os níveis de discussão e decisão, ao mesmo tempo fortalecendo a possibilidade de participação autônoma e descentralizada. (PMSV- SESASV, Teses da II CMS-SV, 1994)

Porém, foi a partir a II Conferência Municipal de Saúde que o Conselho Municipal de Saúde pode ser reconstituído, tornando-se um Fórum mais democrático e participativo, tanto do ponto de vista de sua composição (Quadros comparativos apresentados no item 6.2.2) quanto em suas funções, através da revisão e mudanças em seu Regimento Interno.

No que se refere à composição do CMS, as mudanças que já estavam sendo efetivadas em seu funcionamento, culminaram em mudanças significativas na representação junto ao mesmo, fruto de Grupos de Discussão durante a III CMS, tendo sido levadas três propostas diferentes para a Plenária Final, decidindo-se por uma delas, conforme colocado a seguir.

As principais mudanças na composição do CMS foram:

- Aumento do número de conselheiros de 24 para 28 representantes;

- Participação dos trabalhadores da saúde, que passaram a ocupar 25% das vagas junto ao segmento de Prestadores de Serviço, dando assim, ao Conselho, a composição paritária e tripartite;
- Aumento do número de vagas para a participação de entidades representativas do movimento popular e diminuição do número de vagas destinadas aos representantes de entidades de bairro (sociedades de amigos de bairro ou melhoramentos);
- Aumento do número de vagas para a participação do movimento sindical, tanto para a representação de trabalhadores da saúde, quanto para a representação junto ao segmento de usuários;
- Inclusão da representação dos Conselhos Gestores das Unidades de Saúde, que passaram a ter três vagas (03) titulares e o mesmo número de suplência junto ao segmento de usuários;
- Inclusão de representantes das associações de doentes e familiares junto ao segmento de usuários. (PMSV- SESASV, Relatório da III CMS-SV, 1994).

Em relação ao Regimento Interno, o processo de sua revisão e aprovação em Plenária foi mais demorado, até pelo fato de ser desconhecido, não só seu conteúdo, mas sua característica, enquanto documento "técnico", sendo de difícil entendimento para muitos dos Conselheiros.

Apesar sua revisão ter sido definida, na II CMS-SV, para ser feita com prazo de 90 dias após a Conferência, o "novo" Regimento Interno só foi aprovado

em Plenária do Conselho Municipal de Saúde em 1995, tendo sua discussão e colocação em prática caminhado ao longo deste período até 1996.

Foram facilitadores deste processo a Assessoria contratada pelo SESASV neste período, que elaborou as propostas de mudanças e as ações do Grupo de Trabalho de Controle Social que promoveu treinamentos, especificamente no I Seminário do Conselho Municipal de Saúde, em 1996, onde o Regimento foi exaustivamente discutido pelos Conselheiros. (PMSV - SESASV - GTCS, Relatório do I Seminário do CMS-SV, 1996)

Foram incorporadas Comissões Permanentes de trabalho à estrutura e funcionamento do CMS, sendo elas: a Comissão Executiva, a Comissão de Avaliação e Controle dos Serviços de Saúde, a Comissão de Prestação de Contas e a Comissão de Saneamento Básico e Meio Ambiente.

Na Lei 92 - A, que dispõe sobre o SUS no município, somente a Comissão Executiva estava contemplada, mesmo que esta anteriormente não existisse de fato. (PMSV - Lei Municipal número 92-A, março de 1992)

A partir desta nova configuração puderam ser agilizadas as discussões e decisões tomadas pelo Conselho, tornando-o presente no dia a dia da saúde e dos serviços de saúde do município, não apenas existindo enquanto reuniões ordinárias ou extraordinárias.

A proposta de mudança na Lei 92 - A, prevê assim, as Comissões:

**“ CAPÍTULO VII - DA ORGANIZAÇÃO**

artigo 11 - O CMS - SV tem a seguinte organização:

I - Plenária

II - Comissão Executiva

III - A Secretaria Geral

IV - Comissões Especiais”

“artigo 17 - O CMS - SV contará com as seguintes comissões especiais de caráter permanente:

I - A Comissão de Prestação de Contas;

II - A Comissão de Avaliação e Controle dos Serviços de Saúde;

III - A Comissão de Saneamento Básico e Meio Ambiente.”

As Comissões do CMS, no entanto, enfrentaram problemas de funcionamento. No período de 1994 a 1996, apenas a Comissão Executiva, coordenada pela representação do SESASV junto ao Conselho, funcionou regularmente e com eficiência.

A Comissão de Saneamento Básico e Meio Ambiente funcionou em alguns momentos, particularmente durante as mobilizações junto a SABESP e no caso da Rhodia. A Comissão de Avaliação e Controle dos Serviços de Saúde teve sua atuação limitada a algumas supervisões a Unidades de Saúde. (Observação da autora)

Já a Comissão de Prestação de Contas teve acesso às documentações, balanços e contabilidade, fiscalizou regularmente e aprovou todas as contas públicas do período de 1993 a 1996, mesmo com dificuldades operacionais para reunir seus representantes (esta comissão era composta por usuários e trabalhadores da saúde, de forma paritária). (Livro de Atas do Conselho Municipal de Saúde de São Vicente, 1995 e 1996)

Por outro lado, através do trabalho junto às Comissões os representantes junto ao Conselho Municipal de Saúde puderam ter maior informação e conhecimento dos projetos desenvolvidos em cada bairro da cidade.

Além disso, o próprio funcionamento das reuniões permitiu, através principalmente de informes trazidos pela Superintendência do SESASV, um introsamento com a política de saúde local, regional e nacional.

“A Sra. Maria Eurides (usuária) pediu informação sobre o trabalho que a UNESP está desenvolvendo no caso Rhodia. Sra. Edith (professora do Cepel) esclareceu que a pesquisa é financiada parte pela Prefeitura e parte pela Rhodia e ficou de agendar com os profissionais responsáveis para melhor explanação da pesquisa...” (Ata da Reunião Ordinária de 25/11/96, Conselho Municipal de Saúde de São Vicente)

“Foi distribuída e lida a Carta da X Conferência Nacional de Saúde. Cida (sindicalista) informa sobre a Campanha de Defesa da Saúde da CUT, entregando ofício que propõe a discussão da mesma na próxima reunião deste CMS, ressaltando a importância de se lutar por 10% do Orçamento Estadual de 1997 para a saúde.”  
(Ata de Reunião Ordinária de 31/10/96, Conselho Municipal de Saúde de São Vicente)

Dentre os avanços no intuito de democratização deste Fórum, a eleição do presidente do Conselho dentre os Conselheiros, proposta e aprovada pelo SESASV na II Conferência, foi implementada ainda antes das mudanças “oficiais” no Regimento Interno, tendo sido eleito o Superintendente do SESASV. (Livro de Atas do Conselho Municipal de Saúde de São Vicente, 1995 - 1996)

Segundo a Lei 92 - A : “CAPÍTULO II - Da estrutura e funcionamento -

Seção 1 - DA COMPOSIÇÃO:

artigo 9 - O Conselho Municipal de Saúde será presidido pelo Superintendente do SESASV - Serviço de Saúde de São Vicente...”

O Conselho Municipal de Saúde passou a ter um maior envolvimento e atuação junto à política de saúde desenvolvida, por várias vezes intervindo em questões consideradas polêmicas e importantes, tais como:

- Deliberação quanto a continuidade da intervenção da prefeitura junto ao Hospital São José, mantendo-o aberto e com caráter público;
- Pedido de intervenção junto à Curadoria do Meio Ambiente devido aos problemas enfrentados em respeito as pedreiras existentes em São Vicente;
- Mobilização junto ao Poder Judiciário para responsabilização da empresa RHODIA pela contaminação por lixo químico na Área Continental do município;
- Atos de pressão junto à Câmara de Vereadores no sentido da aprovação das mudanças propostas para a Lei Orgânica da Saúde do Município - Lei 92-A;
- Pareceres quanto a Projetos de políticas de saúde apresentados pelo executivo;
- Acompanhamento de todos os projetos e programas desenvolvidos pelo SESASV;
- Atos de pressão junto a Secretaria Estadual da Saúde para a obtenção de verbas e outros.

#### **6.2.4 OS CONSELHOS GESTORES DAS UNIDADES DE SAÚDE**

A implantação de Conselhos Gestores nas Unidades de Saúde do SESASV teve início desde os primeiros meses da administração, sendo este movimento de institucionalização da participação popular local, concomitante e coadjuvante ao

fortalecimento de fóruns independentes, com por exemplo o Movimento SOS Hospital São José e as “Pastorais” (vinculadas a Igreja Católica).

Foi elaborada a Cartilha “O que é Conselho Gestor” que auxiliou nas discussões e entendimento das propostas, que foram levadas aos usuários pelos Diretores das Unidades de Saúde, tendo sido formados 02 (dois) CG-US durante o primeiro ano da administração, mais 05 (cinco) até a realização da II Conferência, em 1994 e um total de 18 CG-US, a partir de março de 1996.

O entendimento dos objetivos, das funções e de como deveriam funcionar estes fóruns foi um aprendizado de todas as partes envolvidas, que não se restringe ao tempo aqui relatado.

A Cartilha explica:

“O gerenciamento do Serviço de Saúde não fica na mão só do diretor e sim com as 3 partes que compõem o Conselho, que são: a POPULAÇÃO USUÁRIA, os TRABALHADORES DE SAÚDE e a ADMINISTRAÇÃO.”

Os primeiros CG-US foram formados por iniciativas ainda isoladas das gerências locais, tendo a partir de 1994 sua implantação passando a fazer parte efetiva da implantação do SUS local, especialmente após a realização do I Encontro de Conselhos Gestores, em 1994 (deliberação da II CMS - SV).

Sendo tripartite a forma de composição dos Conselhos Gestores, buscou-se também o envolvimento dos funcionários neste processo. A participação dos funcionários, aqui denominados “trabalhadores da saúde”, foi mínima, senão ausente no início do processo, sendo este o segmento que mais tardiamente se envolveu junto aos Fóruns de participação. Inicialmente, sem representação junto ao Conselho Municipal de Saúde, com fragilidade local no Movimento Sindical e o

desgaste com administrações anteriores pouco democráticas, além da desvalorização profissional e salarial, a resistência foi grande.

Para formação do Conselho Gestor do Centro de Saúde, por exemplo, foi realizado um certo número de reuniões somente com usuários, que inicialmente constituíram o “Grupo de Usuários do Centro de Saúde”. Foram feitas eleições dentre eles para a representação junto ao Conselho, ao mesmo tempo em que se reuniam, nas primeiras reuniões, separadamente, os trabalhadores de saúde. Somente após um processo de alguns meses de discussão, os trabalhadores da saúde elegeram seus representantes e ficou constituído um fórum tripartite.

(Relatório do Conselho Gestor do Centro de Saúde, São Vicente, 1994)

“ Décima Primeira Reunião de Usuários (29/04/94)

Eleição dos candidatos (usuários) à Conselho Gestor: voto aberto. Todos os usuários participaram ativamente, os candidatos se apresentaram e falaram o porque queriam fazer parte do Conselho Gestor...

E assim foram eleitos os representantes dos usuários do Conselho Gestor do Centro de Saúde I de São Vicente. Mas para sua totalidade, ainda faltava os representantes dos funcionários e representantes da administração”.

“Terceira reunião de funcionários (10/03/94)

Dirigida pela enfermeira Márcia (Diretora do Centro de Saúde), informou sobre o trabalho do grupo de usuários, que estava sendo realizado, citando a questão do laboratório, como ocorreu o processo de elaboração do relatório, como chegaram até o Secretário de Saúde, bem como o que foi conseguido como resposta. Fez-se a leitura desta resposta, onde constava a data da reabertura do laboratório, compra de materiais, equipamentos, convênios, espaço físico etc. Falou-se da importância dos funcionários no Conselho Gestor...” (Atas das reuniões do Conselho Gestor do CSI, São Vicente, 1994)

Foi feita uma tentativa da Administração, através da formação do “Conselho de Representantes de Funcionários”, fórum que teve objetivo de propiciar discussões e tomadas de posições dos trabalhadores junto a seus

pares, fazendo interface com a Administração. Este Conselho não teve continuidade após um ano de funcionamento.

O Movimento Sindical no município, por sua vez, estava fragilizado, sendo o Sindicato dos Servidores Públicos Municipais encontrado enfraquecido e desmobilizado em 1993, além de praticamente ausentes os sindicatos das categorias dos profissionais de saúde, os quais também só passaram a fazer parte do Conselho Municipal de Saúde a partir de sua reformulação, em 1994.

Note-se, ainda, que a maior parte das sedes de sindicatos na Baixada Santista se situam no município de Santos.

A participação dos trabalhadores da saúde, assim como a dos usuários, foi evoluindo quantitativa e qualitativamente conforme os avanços na implantação do projeto, podendo ser percebida, por exemplo, através do aumento gradativo do número de pré-conferências e delegados representantes dos trabalhadores da saúde nas Conferências de Saúde (no Capítulo referente as Conferências).

## **I- AS ELEIÇÕES GERAIS PARA CONSELHOS GESTORES DE UNIDADES DE SAÚDE**

Ao final de 1995, a equipe de direção do SESASV, a exemplo do ano anterior, definiu em suas atividades de Planejamento e Avaliação, as metas para o ano de 1996, no que tangia ao SUS, incluindo-se aí as ações referentes aos mecanismos de Controle Social.

Neste sentido, já que o ano de 1996 seria o último da então administração municipal, foram consideradas prioritárias medidas para a manutenção e fortalecimento dos fóruns de participação criados.

Ao mesmo tempo, a III Conferência Municipal de Saúde já estava programada para maio do mesmo ano, sendo realizadas eleições para o Conselho Municipal de Saúde, que contava com a representação dos Conselhos Gestores.

Após avaliação da situação das unidades de saúde em relação ao trabalho de implantação dos Conselhos, foi definida a necessidade de um processo de eleições gerais. Assim se apresentavam as Unidades:

- Duas unidades apresentavam CG atuantes, seja através de reuniões periódicas ou de atividades na comunidade local, como por exemplo pesquisas realizadas nos bairros ligadas a programas de Saúde;
- Outras duas unidades não contavam ainda com Conselho Gestor, sendo justificada em uma delas falta de adesão as chamadas feitas;
- Uma unidade estava realizando curso para a formação do Conselho Gestor, com eleições já previstas;
- Em outra das unidades de saúde, havia um movimento de reformulação do Conselho Gestor, devido a saída anterior de representante dos trabalhadores da saúde;
- Ainda, um última unidade deste grupo, relatou estar o Conselho Gestor desativado e com falta de disponibilidade do gerente local para iniciar processo de rearticulação do mesmo.

Note-se que foram entregues ao Grupo de Trabalho de Controle Social projetos de apenas 07 das 19 unidades na época. (PMSV - SESASV - Documentos do Grupo de Trabalho de Controle Social)

Durante os meses de janeiro e fevereiro de 1996, foram realizadas reuniões de sensibilização e preparação para o processo eleitoral, trabalho este coordenado pelo Grupo de Trabalho de Controle Social, que produziu a Cartilha "TV CIDADANIA - O QUE É CONSELHO GESTOR", material educativo utilizado durante as reuniões.

As eleições gerais dos Conselhos Gestores das Unidades de Saúde ocorreram no período de 11 a 15 de março de 1996, em 18 Unidades de Saúde, sendo renovadas as representações em 07 CG-US já existentes e formados outros 11 Conselhos.

As eleições foram coordenadas por comissões tripartites locais em todas as unidades, acompanhadas por uma Comissão de Coordenação Eleitoral do SESASV.

#### **CONSELHEIROS DAS UNIDADES DE SAÚDE**

Conselheiros	CANDIDATOS	ELEITOS TITULARES	ELEITOS SUPLENTE	TOTAL
<b>USUÁRIOS</b>	136	76	51	127
<b>FUNCIONÁRIOS</b>	57	37	16	53
<b>TOTAL</b>				<b>180</b>

Fonte: relatório das Eleições Gerais para CG-US, 1996

Enquanto eleitores participaram 3.668 usuários, em média 204 eleitores por unidade, e 468 funcionários, representando 52% do total de funcionários do

SESASV (na época em número de 900). (PMSV - SESASV - GTCS, Relatório das Eleições Gerais para CG-US, 1996)

Não participaram das eleições uma (01) das unidades do Distrito de Saúde da Área Continental e o Pronto Socorro Central, junto ao Hospital São José. A primeira se encontrava sem gerente local, além da falta de mobilização de funcionários e usuários. Quanto ao Pronto Socorro Central, foi considerada sem condições conjunturais de apresentar este tipo de gestão colegiada, na época.

Foi feita uma avaliação das eleições através de questionários elaborados pelo GTCS e respondidos pelos gerentes das unidades, num total de 18, onde algumas questões foram expressas:

■ Avaliação do processo:

Atingiu as expectativas - 06

Foi além das expectativas - 10

Comentário de um dos gerentes:

“O envolvimento dos candidatos usuários com a população foi muito importante - boca de urna e panfletagem na feira de sábado. Não houve muitos candidatos com relação a funcionários, porém todos trabalharam no processo eleitoral, isto é, no dia da eleição, ajudando até na apuração.”

Foi abaixo das expectativas - 02

Comentários dos gerentes:

“Os usuários têm muita dificuldade de deslocamento por conta da distância, inexistência de cultura sanitária que permita em tão pouco tempo um engajamento efetivo, além da Unidade (Núcleo de Reabilitação) ter abrangência para o município inteiro, região insular e continental.”

“Acredito ter sido por falta de motivação”

■ Avaliação da mobilização dos segmentos:

Segmento e nível de mobilização	FUNCIONÁRIOS	USUÁRIOS
ÓTIMA	02	08
BOA	09	07
REGULAR	06	03
RUIM	01	-

Fonte: Documentos do Grupo de Trabalho de Controle Social, 1996

Através desta avaliação também se pode traçar um perfil dos usuários eleitos enquanto Conselheiros, estando em sua maioria vinculados ao Movimento Social - Associações de Bairro, Igreja Católica (Pastoral), Movimento Sindical, Movimento Popular de Saúde - alguns vinculados a outros Conselhos - Conselho Municipal de Saúde, Conselho Municipal da pessoa Portadora de Deficiência - alguns com vínculos político - partidários (tendo 11 candidatos a vereador), vários usuários já faziam parte dos Conselhos anteriores, tendo sido reeleitos, mas também muitos novos atores, sem vinculação anterior a algum tipo de participação política. (PMSV - SESASV - GTCS - Questionários de Avaliação das Eleições Gerais para CG-US, 1996)

Os Conselhos Gestores das Unidades de Saúde constituíram parte importante da renovação nos atores que representavam os interesses da saúde em todos os bairros da cidade, adentrando na máquina pública, conhecendo-a, questionando-a e auxiliando em seu funcionamento.

O SESASV investiu na capacitação destes novos atores, para melhorias no SUS local e seu crescimento enquanto cidadãos.

## II- O CONSELHO GESTOR DO NAPS MATTER

Introdução:

O Conselho Gestor do NAPS Matter - Núcleo de Atenção Psicossocial - foi formado durante o processo de eleições gerais para CG US realizados pelo SESASV e CMS em março de 1996.

Anterior a este processo a unidade contava com grupos de usuários e com participação da Associação Maluco Beleza, entidade criada em 1993, reunindo usuários, familiares de doentes mentais e funcionários da unidade, constituindo-se enquanto ONG (Organização Não Governamental), com sede, no entanto, situada junto à unidade.

O NAPS Matter, por sua vez, foi a primeira Unidade a ser formada na então administração pública municipal, durante o ano de 1993, iniciando o atendimento aos portadores de sofrimento psíquico grave - psicóticos - no município.

Em 1996, o NAPS atendia cerca de 3.000 pacientes e suas famílias através de acompanhamento psiquiátrico, psicológico, terapêutico e ocupacional, com assistentes sociais e atividades terapêuticas e de oficinas de trabalho, atividades de lazer, entre outros. Vale lembrar que anterior ao funcionamento desta unidade, tais pacientes eram enviados ao interior do Estado, através do próprio SESASV, para internação em Hospitais Psiquiátricos.

O funcionamento do NAPS se dava durante as 24 horas do dia, contando com plantões inclusive aos finais de semana, onde permaneciam internados cerca

de 10 a 12 pacientes em estado crítico, do ponto de vista da saúde mental e situação familiar.

A formação do Conselho Gestor do NAPS foi precedida de discussões e disputa eleitoral, tendo a peculiaridade na sua composição que garantia junto ao segmento dos usuários a participação de familiares.

A composição do CG do NAPS ficou assim estabelecida:

- Dois representantes titulares e dois representantes suplentes eleitos dentre os funcionários da unidade;
- Dois representantes da administração, sendo um deles a direção da unidade e o outro indicado pela mesma;
- Quatro representantes titulares e quatro suplentes eleitos junto aos usuários.

Para a realização da descrição do funcionamento do Conselho Gestor do NAPS, foram analisadas 15 atas das reuniões do Conselho Gestor desde sua instalação, em maio de 1996, até o mês de novembro do mesmo ano. As atas foram fornecidas (cópia do Livro de Atas) pela então Direção da Unidade, tendo sido numeradas para referências no texto.

As reuniões foram realizadas quinzenalmente, num total de 14 (quatorze) reuniões ordinárias e 01 (uma) reunião extraordinária.

Os números colocados entre parêntesis após as categorias de respostas correspondem às atas nas quais aparecem as respostas.

## CARACTERÍSTICAS GERAIS DAS REUNIÕES:

- Reuniões abertas - esta característica ficou estabelecida a partir da primeira reunião e assim se manteve durante o período analisado.
- Os participantes eram: usuários da Unidade - membros ou não do Conselho Gestor; funcionários da Unidade - membros ou não do CG; familiares de usuários - membros ou não do CG; representantes da Associação Maluco Beleza - membros ou não do CG, convidados para assuntos específicos e representantes da administração da Unidade e/ou do SESASV.
- Número médio de participantes: 08 (oito) participantes/reunião;
- Relação entre representantes dos usuários/funcionários/administração presentes as reuniões (média): 3/ 2/ 1;
- Atas feitas em sua maioria pela direção da unidade;
- Cada reunião tinha seu coordenador (um dos presentes, desde que membro do CG);
- As reuniões contavam com Informes e Pontos de Pauta, estabelecidos no início de cada reunião, além de leitura e aprovação da ata da reunião anterior.

## PRINCIPAIS DISCUSSÕES DESENVOLVIDAS :

### **Esclarecimentos sobre a Unidade:**

- Exposição sobre o funcionamento da Unidade - quadro de pessoal e questões administrativas (1);

- Atividades que são desenvolvidas na Unidade - discussão sobre as atividades que funcionam e aquilo que não está sendo desenvolvido, gerando ociosidade dos usuários e descontentamento (2, 4);

“A Senhora Maria Nascimento Maciel coloca que deveria haver mais atividades no NAPS, como argila, esportes, relaxamento, dança, música... E a Senhora Maria de Fátima Reis questiona que foi feito um quadro de atividades diárias que não está funcionando e por quê?...”

#### **Questões relativas aos funcionários (trabalhadores da saúde):**

- Jornada de trabalho e absenteísmo (1);
- Horários de estudo para discussão de casos e reciclagem (1, 2);
- Número de funcionários existente x necessário (2);
- Escalas de plantão (2, 3);

### **Questões referentes as instalações físicas da Unidade:**

- Local da Unidade - devido a possibilidade de mudança de local, por questões administrativas e de cunho político (Unidade no centro da cidade), propõe-se a continuidade da Unidade no mesmo local, sendo feita reforma predial (1);

“... Após muita divergência, ficou como proposta a elaboração de um ofício a ser encaminhado ao Conselho Municipal de Saúde solicitando a permanência do NAPS nesta unidade, com uma reforma emergente para melhorar as condições de trabalho e atendimento.”

- Reforma da Unidade - proposta de fazer ofício com pedido de reforma para o SESASV (2) - ofício com pedido (3) - reforma aprovada em reunião do CMS (5) - resposta afirmativa do SESASV (11) - início da reforma da Unidade (13) - conclusão da reforma da Unidade (após a 15);

- Manutenção da Unidade - propõe-se a formação de uma “equipe de usuários” para acompanhar e auxiliar na manutenção da Unidade (7);

“O senhor Haroldo Campos (Psicólogo) sugere que se organize uma equipe de usuários que acompanhe o pessoal da manutenção nos serviços e seja treinado para depois fazer a manutenção do NAPS.”

### **Papel do Conselho Gestor:**

- Funcionários questionam o papel do CG em relação a denúncias feitas por usuários quanto a postura de funcionários, propondo que tais questões sejam discutidas em espaços “técnicos” (8);

“O auxiliar Paulo coloca sobre a necessidade de discussão técnica dos casos, explico que temos feito discussões administrativas e que fizemos um Seminário com os funcionários para discutir o papel do Conselho Gestor...”

- CG considerado importante espaço de discussão e deliberação das questões referentes a Unidade durante o cenário de mudanças na administração pública municipal (12);
- CG é questionado quanto a ter um papel ou não de julgar fatos ocorridos na Unidade (9);

#### **Propostas referentes a parcerias com outras entidades:**

- Propõe-se trabalho integrado entre CG e Associação Maluco Beleza (1);
- Propõe-se trabalho integrado entre CG e os outros CGs (1);
- Propõe-se parceria entre a Unidade e Sociedade de Melhoramentos de Bairro na ampliação das atividades de saúde mental (3);

“Com a parceria feita com a Sociedade de Melhoramentos da Vila Margarida iniciaremos a oficina de reaproveitamento de material, que ainda não começou por falta de condições do local.”

#### **Funcionamento do Conselho Gestor:**

- Definição de horário, periodicidade, coordenação e secretaria para as reuniões do CG (2);
- Regimento Interno - discussões adiadas (10,11);
- Regimento Interno - leitura e discussão (12);

“ No final fizemos a leitura do Regimento Interno e discutimos a importância de ser regulamentado pela Câmara Municipal.”

#### **Reclamações e denúncias em relação ao atendimento da Unidade:**

- Usuários fazem queixas em relação ao atendimento prestado por funcionários que trabalham no período noturno (2, 3);

“Os usuários trazem também como sentem o trabalho no período noturno no NAPS, muitas queixas em relação ao atendimento e dificuldades na relação com os funcionários da noite. Há denúncias de violência e desrespeito, embora os presentes prefiram não citar nomes. Sugere-se que termine a escala fixa do pessoal da noite, por fim resolvemos pautar esta discussão para a próxima reunião e convidar os funcionários do noturno para comparecer e esclarecer dúvidas.”

- Funcionários esclarecem usuários sobre as dificuldades com a equipe noturna de funcionários (3);
- Funcionários denunciam atos de violência contra usuários por parte de colegas de trabalho (6,7);
- Direção informa e esclarece ocorrência com funcionário do período noturno (6);
- Funcionário denúncia comportamento inadequado de usuário (9);

#### **Eleições municipais e possíveis mudanças na Administração Pública:**

- Importância da participação da Unidade no processo de discussão eleitoral, no sentido de garantir a continuidade do Projeto de Saúde Mental (1);
- Informado sobre estratégias da Administração atual para reeleição (4);
- Associação Maluco Beleza e CG promovem visitas de candidatos a Prefeito a Unidade (4,10);

“O Conselho Gestor resolve convidar os candidatos a conhecer a unidade para perceber a importância do nosso trabalho, ter conhecimento das condições de nossa área física, embora o Conselho Gestor já tenha encaminhado ofício ao Dr. Arthur Chioro (Secretário de Saúde) solicitando a reforma e ainda não tenha recebido resposta.”

- Representantes junto ao CG são chamados a discutir Plano de Governo junto ao Partido dos Trabalhadores, no sentido de garantir os avanços em Saúde Mental (7);

- Informado sobre Debate de Candidatos ocorrido no município, citando posições de vários candidatos (9);

- CG discute qual é o papel do vereador (11);

“Dona Clementina (usuária) fala do uso do carro de vereadores para levar pacientes para exames em São Paulo. Coloca que cada vereador tem direito de usar o carro da Câmara duas ou três vezes na semana e cedem para as pessoas por caridade. Maria de Fátima Reis (usuária) coloca que eles deveriam melhorar as leis para a saúde e fortalecer o SUS em São Vicente e não fazer clientelismo.”

- Preocupação com o resultado das eleições que determinaram mudanças na Administração Municipal (14);

### **Projeto de Saúde Mental:**

- Discussão sobre descentralização das atividades de Saúde Mental para a Vila Margarida (3, 4, 5, 7);

- Proposta de formação e trabalho com Agentes Comunitários de Saúde (2);

“...Após discussão chega-se a proposta de termos Agentes Comunitários no NAPS, conforme foi aprovado na III Conferência Municipal de Saúde. Embora o papel do Agente Comunitário não tivesse um consenso na reunião, resolvemos amadurecer a idéia e rediscuti-la na próxima reunião.”

- Discussão técnica diferenciando atividades terapêuticas desenvolvidas na Unidade e a reinserção no mercado de trabalho através de cooperativas (4);

“Fizemos uma discussão demorada e calorosa sobre a diferença entre atividade e oficina e optamos por marcar uma assembléia semanal de usuários que estejam interessados em criar a cooperativa do NAPS...”

- Discussão da importância da manutenção do Projeto enquanto substitutivo ao hospital tradicional e formas ultrapassadas de tratamento (10).

## ALGUNS ENCAMINHAMENTOS FEITOS:

### **Norma de Serviço:**

“A partir desta data o Conselho Gestor do NAPS-MATER estabelece que:

1. Nenhum paciente pode ser vítima de qualquer tipo de violência ou desrespeito.
2. As contenções físicas devem ser feitas sob prescrição médica ou técnica, com registro em prontuário e livro de relatório, com acompanhamento direto de um funcionário.

No caso do não cumprimento destas deliberações deverá ser denunciado por escrito ao Conselho Gestor que dará o parecer final de acordo com cada caso.”

### **Carta Aberta à População de São Vicente:**

“O Conselho Gestor do NAPS-MATTER vem por meio desta ressaltar o importante trabalho desenvolvido pelo Projeto de Saúde Mental do Serviço de Saúde de São Vicente.

O NAPS-MATTER presta os seguintes serviços à população: atendimento à crise (urgência / emergência), internação integral, internação parcial (hospital-dia / hospital-noite), ambulatório, visitas domiciliares, atendimento domiciliar, atendimento familiar, grupos terapêuticos, oficinas culturais, oficinas de trabalho apoiado. Esta unidade tem cerca de 3500 usuários cadastrados e realiza por volta de 3000 atendimentos por mês.

Funcionando desde 1993, o Projeto de Saúde Mental implantado pela atual administração municipal permitiu que um grande número de pessoas fosse atendido dignamente: sem a violência do confinamento, dos eletrochoques, das camisas de força, das superdosagens de medicação, do isolamento do convívio familiar e social inerentes ao sistema tradicional de abordagem a pessoa considerada doente mental oferecido pelos hospitais psiquiátricos.

O NAPS oferece um atendimento integral visando investimento na subjetividade, reinserção social e reintegração ao trabalho, buscando garantir a construção da cidadania da pessoa em sofrimento psíquico.

Sua localização central (Rua Padre Anchieta, 211 - Centro) é extremamente favorável visto que facilita o acesso daqueles que vivem em bairros distantes, principalmente nas situações de emergência e crise.

Vários usuários tem sido acompanhados e novas crises tem sido evitadas, pois estes tem condições de participar regularmente de atividades no NAPS. Isto só é possível porque firmamos convênio com as empresas de transporte coletivo para o fornecimento de quota mensal de passes. Todas as linhas de ônibus passam pelo centro da cidade.

Contamos com sua colaboração na garantia de continuidade deste serviço que tem contribuído para uma melhor condição de vida para os usuários da saúde mental e seus familiares, bem como da construção de um sociedade sem manicômios

CONSELHO GESTOR DO NAPS-MATER  
São Vicente, 31 de outubro de 1996.”

### **Denúncias por escrito:**

O CG recebeu e apurou um total de 05 (cinco) denúncias por escrito, todas feitas por funcionários da Unidade a respeito de condutas em relação a casos específicos, uma delas resultou na suspensão de um funcionário.

**Divulgação de Carta de Direitos dos Usuários** de Serviços de Saúde Mental (produto do III Encontro Nacional de entidades de usuários e familiares da luta antimanicomial, realizado em Santos em dezembro de 1993).

### **Elogio por escrito:**

O CG recebeu elogio a funcionários por atuação em determinada situação ocorrida na Unidade.

Através das atas aqui descritas é possível identificar, talvez neste fórum, o único do processo todo aqui visto, onde houve envolvimento efetivo dos três segmentos participantes dos Conselhos Gestores: Administração, Usuários e **Trabalhadores da Saúde.**

O Conselho Gestor do NAPS Matter, em suas reuniões, discutiu e tentou implantar, tanto a democratização da gestão, quanto o projeto de saúde mental, num aprendizado que incluiu discussões sobre o papel do Conselho, seu funcionamento e o papel de cada um de seus representantes.

Além disso, foi espaço para discussão do papel da Unidade e das outras Unidades do SUS, de seu relacionamento com a comunidade e da comunidade com a doença mental.

Foi espaço de reclamações, denúncias, esclarecimentos, projetos e avaliações de trabalho, além de palco de discussões da política local.

Nas atas aqui descritas, aparecem os problemas e conflitos, causados pela própria “novidade” das relações, pelo objeto de discussão - a saúde mental - que por si já é conflituosa, pelos posicionamentos antagônicos, por vezes, conciliadores por outras.

De qualquer maneira, os representantes (aqui ressalto os três segmentos, novamente) puderam se posicionar, ser ouvidos e buscar juntos as soluções. Ao meu ver, partiram de posturas “reclamantes” para posturas “participantes”, sendo que estas se alternaram, de acordo com as necessidades.

O projeto de saúde mental implantado no município - da luta antimanicomial - foi incorporado pelos representantes junto ao Conselho Gestor da Unidade, o que ficou demonstrado na sua “resistência” durante as mudanças administrativas locais.

Apesar de também ter sido observado seu refluxo enquanto fórum de gestão do SUS no período de 1997 a 2000, seus representantes permaneceram no cenário da luta antimanicomial no município, estado e país, estando conseguindo a manutenção do modelo de assistência à saúde mental, com muitas dificuldades, alguns avanços e vários retrocessos.

## 6.2.5 ATIVIDADES DE FORMAÇÃO

### **I ENCONTRO DE CONSELHOS GESTORES DE UNIDADES DE SAÚDE - Novembro de 1994**

O I Encontro de Conselhos Gestores de Unidades de Saúde de São Vicente foi realizado a partir de deliberação da II Conferência, realizada em junho do mesmo ano, com o objetivo principal de incentivar a formação e o pleno funcionamento destas instâncias.

Através do Conselho Municipal de Saúde, uma comissão organizadora composta por usuários, funcionários e administração, iniciou em agosto de 1994 processo de reuniões preparatórias junto aos Conselhos Gestores e grupos de usuários e funcionários das unidades de saúde, sendo realizadas reuniões em todas as unidades ambulatoriais e no Hospital São José.

Foi elaborada pela comissão organizadora uma proposta de Regimento Interno para os CG, a ser apreciada no I Encontro e após enviada ao Conselho Municipal de Saúde.

Com a existência de Conselhos Gestores em cinco unidades de saúde, na época, o I ECG foi um "Encontro de Saúde", de característica ampliada, com a presença de 154 participantes, assim distribuídos:

- 94 USUÁRIOS dos serviços de saúde - Membros de Conselhos Gestores, grupos de usuários e representantes do Movimento Social;
- 37 FUNCIONÁRIOS dos serviços de saúde, estando todas as unidades representadas;

- 23 representantes da ADMINISTRAÇÃO - diretores de unidades, dentre outros.

O I ECG contou com a presença de representantes de CG e do Movimento Popular de Saúde do município de São Paulo, que repartiram suas experiências com a dos representantes locais.

Foram discutidas as características dos Conselhos, suas funções, os avanços para os serviços de saúde a partir de sua implantação, bem como as dificuldades existentes para implantação e funcionamento dos mesmos.

“Na Vila Ponte nova, já tem Conselho Gestor, mas não sabem direito qual o papel do Conselho Gestor. Dona Maria, membro do Conselho citou um exemplo de problemas na área de odonto, quando pacientes agendados não aparecem e não atendem outros pacientes na mesma vaga...”

“Uma dificuldade apontada por todos os participantes foi o descrédito da população, um exemplo foi levantado por uma funcionária do Catiapoã, onde por muito tempo os usuários ouviram falar de reforma e nada aconteceu...”  
(Relatório de grupos de discussão durante o I ECG - GTCS, 1994)

Foi a partir desse I ECG que a questão da informação e comunicação social ficou caracterizada como uma grande barreira à participação popular, aparecendo como problema sério e ainda não equacionado pelos serviços.

Principais problemas encontrados na formação e funcionamento dos Conselhos Gestores e Propostas feitas durante o I ECG-US:

**Falta de informação** (a respeito do SUS, dos CGs, do CMS):

Propostas:

- Panfletos e jornais informativos dos CG;
- Murais dos CG em todas as unidades;
- Boletim informativo do CMS;

**Falta de mobilização** da população e funcionários:

Propostas:

- Incentivar a participação de outras entidades;
- Incentivar a participação dos funcionários;
- Visitas domiciliares e reuniões nas casas dos usuários;
- Incentivar a formação do Conselho Popular de Saúde;

**Necessidade de mais canais de acesso:**

Propostas:

- Livro de sugestões, reclamações em todas as unidades;
- Caixa de correspondência para sugestões em todas as unidades;

**Necessidade de envolvimento** de todos os setores da Administração do SESASV:

Propostas:

- Investir na formação dos representantes dos CGs;
- Participação ativa dos Diretores das Unidades;

**Necessidade de maior envolvimento do CMS:**

Propostas:

- Intercâmbio entre CMS CGs;
- Intercâmbio entre os CGs;
- Atuação junto ao HSJ para formação do seu CG.

Realizar eleições gerais para conselheiros em todas as unidades de saúde foi, por sua vez, considerado um grande incentivo à participação junto aos conselhos, aumentando o número de envolvidos, já que naquela ocasião se

contava com 07 (sete) CGUS, estando apenas 05 (cinco) deles em funcionamento efetivo. (PMSV - SESASV - Relatório Final do I ECG-US, São Vicente, 1994)

Nesse encontro foi discutida a proposta de regimento interno para os CGUS que, após ser enviada ao Conselho Municipal de Saúde, teve sua aprovação em julho de 1995. (PMSV - SESASV - GTCS, 1995)

No Relatório Final do I ECG-US, também está contemplado um relato das principais medidas que estavam sendo tomadas no que se referia aos problemas e propostas feitas.

Na questão da informação, por exemplo, O SESASV encaminhou ao Ministério da Saúde, especificamente ao órgão responsável pelo incentivo à participação popular – I EC - projetos de comunicação social, visando buscar recursos para informar melhor e realizar campanhas educativas de massa, não obtendo o convênio solicitado.

No que se refere à mobilização, não teve sucesso a tentativa de implantação de Comitês de Saúde nos bairros e os de Saneamento Básico tiveram seu esvaziamento. Ainda foi realizada, com sucesso, a implantação de CGs em todas as unidades de saúde.

Os livros de usuários e caixas de correspondência foram implantados em algumas das unidades, tendo resultado variado e duvidoso.

Na questão de investimento na formação, foi realizado o Treinamento para Conselheiros em 1995, além de treinamento para agentes comunitários no México 70.

## O GRUPO DE TRABALHO DE CONTROLE SOCIAL

No final de 1994, durante as atividades de avaliação e planejamento da equipe de direção do SESASV para 1995, devido ao acúmulo de realizações e envolvimento nas discussões por parte da população usuária dos serviços, dos gerentes e trabalhadores da saúde, o controle social foi considerado prioritário na implantação em andamento do SUS local. O tema foi listado dentre as cinco metas técnico - políticas importantes a serem investidas em 1995, devendo o SESASV promover a concretização e o fortalecimento das instâncias de participação e controle social. (PMSV - SESASV - Seminário de Avaliação e Planejamento para 1995)

A partir de então, foi formado um grupo de trabalho, chamado "Grupo de Trabalho de Controle Social (GTCS)", composto por gerentes e funcionários de algumas unidades de saúde. (Documentos de trabalho da autora)

A função do GTCS era a de coordenar as ações em relação aos conselhos gestores, grupos de usuários, proporcionando a efetivação de mecanismos de acesso à informação, divulgação, promovendo treinamentos, seminários e outros eventos, produzindo materiais educativos e facilitando as articulações dos níveis locais de participação com o CMS.

Este grupo também foi formado com o objetivo de ser espaço de discussões teórico-práticas e análises de conjuntura local sobre temas pertinentes às ações desenvolvidas, sendo distribuídos, lidos e debatidos pelo grupo vários

textos e referências bibliográficas sobre controle social e participação popular, cidadania, movimentos populares, políticas públicas e políticas de saúde, gestão democrática, dentre outros:

“Assim como a população tem dificuldade de entender a gente também tem, embora já tenha aprendido muito. Os primeiros CGs que foram formados, a gente formou sem saber o que estava fazendo. “

“Eu até há pouco tempo atrás tinha estes problemas de tempo e local, mas agora para mim, duas pessoas já é uma reunião.” (falas de Diretores de unidade durante reunião do GTCS, São Vicente, 1995)

Durante o ano de 1995 investiu-se de maneira mais objetiva na formação dos conselheiros e na qualidade de funcionamento dos conselhos, com a preocupação de garantir participação e controle verdadeiros sobre os serviços.

## **I TREINAMENTO E SENSIBILIZAÇÃO PARA CONSELHEIROS DE SAÚDE DE SÃO VICENTE**

Foi realizado o I Treinamento e Sensibilização para Conselheiros de Saúde de São Vicente em julho de 1995.

Participaram deste evento representantes junto ao CMS e aos CGUS, de todos os segmentos, totalizando 60 (sessenta) participantes .

Os objetivos foram os de esclarecer e discutir a respeito da legislação brasileira na saúde e políticas de saúde, além de proporcionar maior conhecimento ao SUS em São Vicente e dos Conselhos de Saúde.

Foram realizados dois debates, no primeiro dia, um sobre Políticas de Saúde, com o Diretor do Hospital São José - Dr. Marcos Calvo, e um sobre a Legislação de Saúde, com o Deputado Estadual pelo PT - Dr. Roberto Gouveia - autor do recentemente aprovado Código de Saúde do Estado de São Paulo.

Principais observações e propostas sobre Legislação e Políticas de Saúde:

- Interesse pelo detalhamento de questões do Código de Saúde relativas a portadores de deficiência, saúde mental e direitos dos usuários;
- Necessidade de um dispositivo legal que garanta repasse de verba mínimo para a saúde;
- Questionada a falta de dispositivo que “obrigue” futuros governos a continuarem políticas já implementadas;
- Propostas de ter acesso a cópia do Código de Saúde para o CMS e CG-US;
- Ida da direção do HSJ aos CGs para expor atividades e projetos.

No segundo dia de atividades foi discutido o Sistema Único de Saúde em São Vicente e a participação popular, contando-se com representantes do movimento popular de São Paulo.

Ficou constatado que o SUS no município era parcialmente conhecido pelos conselheiros em sua estrutura, organização e funcionamento. Os representantes junto aos CG US presentes ao treinamento demonstraram conhecimento mais detalhado a respeito das unidades nas quais participavam, conhecendo também as unidades de referência especializada e hospitalar.

“Já existem várias policlínicas nos bairros com atendimento na medida do possível, inclusive no Catiapoã, onde eu resido. No Colégio Carolina Dantas há tratamento odontológico, campanhas de vacinação (inclusive de animal). Passei a integrar o Conselho Gestor de Saúde, onde tomei conhecimento dos vários setores de tratamento...” (Fala de usuário durante o I Treinamento de Conselheiros, São Vicente, 1995)

Os Conselheiros tinham conhecimento sobre atividades realizadas nas Unidades incluindo: marcação de consultas, reuniões programáticas, visitas domiciliares, recursos diagnósticos, programas de saúde desenvolvidos e ações de vigilância;

“Apesar das críticas contra a saúde, eu como funcionária e representante dos funcionários acho que teve uma melhora em 80%. Hoje temos inalação, temos sala de vacinação, os RN de risco com tratamento, uma pediatra ótima e uma clínica médica, e um Diretor super atencioso com os usuários, que é muito importante para a população.” (Fala de funcionário durante o I Treinamento de Conselheiros, São Vicente, 1995)

Os representantes junto ao CMS demonstraram menor conhecimento das atividades desenvolvidas pelos serviços de saúde, sendo citado por um conselheiro que desconhecia totalmente o Sistema de Saúde. A partir dessa constatação foi questionada a atuação da Comissão de Avaliação e Controle dos Serviços de Saúde existente no CMS. Para minimizar este fato, passou-se a realizar idas programadas dos gerentes de unidades e coordenadores de programas às reuniões do CMS, expondo sobre todos os serviços aos conselheiros. (PMSV - SESASV - GTCS - Relatório do I Treinamento de Conselheiros, 1995)

Outro tema abordado durante o treinamento e cujo resultado das discussões constam em relatório feito posteriormente ao evento, foi a respeito dos papéis pertinentes aos conselheiros.

Para os representantes dos CG US surgiram vários níveis de atuação:

- dentro da Unidade de saúde, conhecendo o trabalho e participando do cotidiano, auxiliando com propostas;

- fora da unidade de saúde, participando de questões mais coletivas, como a luta pelo saneamento básico e o orçamento participativo do município.

Os conselheiros do CMS expuseram a importância de seu papel fiscalizador em relação aos serviços e verbas, além de terem papel decisivo no incentivo à ampliação da participação popular.

Principais Problemas levantados:

- As vitórias/conquistas devem servir para alimentar a existência dos Conselhos, bem como o movimento popular;
- Os conselhos precisam estabelecer metas e prazos para atingir seus objetivos;
- Há necessidade de mais informação dos direitos previstos em lei para poder reivindicar;
- Em relação a representatividade não há movimento de ida e volta do conselheiro para o segmento que representa;
- Não há clareza em relação aos limites de atuação e fiscalização dentro da unidade (autoritarismo ou populismo);
- Não há clareza entre a finalidade do conselho e finalidades clientelistas;
- Há dúvidas em relação ao poder de deliberação dos Conselhos.

(PMSV - SESASV - GTCS - Relatório do I treinamento de Conselheiros, 1995)

Algumas das propostas feitas a partir do treinamento não foram concretizadas, como a realização de plenárias de saúde para prestação de contas

dos conselhos à comunidade, bem como a implantação de boletim informativo do CMS.

Algumas, no entanto, foram efetivadas, como por exemplo o intercâmbio entre unidades e conselheiros, através de visitas a diferentes unidades e reuniões entre conselhos.

Outra proposta efetivada foi o assessoramento prestado pelo Grupo de Trabalho de Controle Social aos CG US, não se dando, no entanto, da mesma forma e intensidade em todas as unidades. Embora respeitasse um cronograma pré-estabelecido, esta assessoria se deu muito de acordo com demandas de conselheiros e iniciativas dos gerentes locais. (PMSV - SESASV - GTCS)

O I treinamento serviu também para ampliar a discussão das políticas de saúde e modelos de atenção, tornando-se conhecidas e discutidas outras propostas existentes em outros municípios do estado e do país.

### **I SEMINÁRIO DE CONTROLE SOCIAL PARA DIRETORES DO SESASV**

A partir dos relatos feitos durante o I Treinamento de Conselheiros e da necessidade de fortalecimento dos conselhos, o GTCS realizou, com a assessoria do Dr. Carlos Neder - Médico Sanitarista e ex Secretário de Saúde de São Paulo, em novembro de 1995, o I Seminário de Controle Social para Diretores do SESASV, envolvendo os gerentes das unidades de saúde.

Nas discussões ocorridas durante o seminário, ficaram claras as dificuldades encontradas pelos gerentes locais na relação com usuários e

trabalhadores da saúde junto aos conselhos, sendo evidenciadas principalmente a necessidade de aprendizado de trabalho em grupo e convivência democrática, bem como a importância da objetivação e planejamento das atividades a serem desenvolvidas pelos conselhos. (PMSV - SESASV - GTCS - Relatório do I Seminário de Controle Social para Diretores do SESASV, 1995)

Foram feitas propostas para a implantação de conselhos gestores em todas as unidades de saúde, de acordo com as seguintes frentes de atuação:

- De forma geral, foi apontada a necessidade de criação de grupo de formação e apoio permanente aos conselhos gestores, além da realização de "cursos de formação de lideranças comunitárias";
- Foram consideradas fundamentais para o incentivo à formação e funcionamento dos conselhos as respostas objetivas às demandas da comunidade, ou seja, as realizações nos temas referentes à saúde e aos serviços;
- Nas unidades - importante tornar proveitosa e educativa a presença e espera dos usuários na unidade, informando-os e ouvindo-os, realizando reuniões na sala de espera;
- Junto à comunidade - foram consideradas importantes as visitas a pessoas que já tenham participado de reuniões, buscando espaços alternativos para outras reuniões, além de realizar, através das visitas, um diagnóstico mais preciso da clientela dos serviços;

- Junto aos trabalhadores da saúde, a busca de maior contato e a retomada das reuniões com o conselho de representantes, apareceram como ações que contribuiriam para seu maior envolvimento junto aos conselhos.

Foram feitas propostas de atuação junto aos Conselhos, dentre elas:

- Priorizar as reuniões dos Conselhos (não deixar de realizá-las);
- Planejar as atividades dos Conselhos (pauta, cronograma);
- Rediscutir o papel do Conselho constantemente;
- Propiciar aos conselheiros conhecer outros serviços do SESASV, inclusive a área meio;
- Seguir propostas a partir do I Treinamento de conselheiros;
- Assessoria do GTCS no planejamento das atividades para 96 e ida aos conselhos;
- Trabalhar com os servidores.

Os diretores das unidades de saúde elaboraram, a partir deste seminário, projetos específicos para ações junto aos conselhos das unidades sob sua gerência, a serem implantados durante o ano de 1996, priorizando esta atividade como parte de suas atividades gerenciais.

Algumas necessidades persistiram, enquanto não equacionadas, como, por exemplo, a necessidade de propiciar aos conselheiros um melhor conhecimento sobre os serviços de saúde, além da rediscussão constante de papéis. O planejamento das atividades para 1996 tomou como base as discussões e propostas oriundas do I Treinamento de Conselheiros.

Outro tema abordado durante o I Seminário de Diretores foi a “Comunicação Social no SUS em São Vicente”. Considerado este um problema crucial para o funcionamento do SUS e dos mecanismos de participação popular e controle social a ele vinculados, este problema já havia sido apontado desde 1993. (PMSV - SESASV - GTCS - Relatório do I Seminário de Controle Social para Diretores do SESASV)

Surgiram, então, propostas de enfrentamento vinculadas a meios de comunicação de massa, como jornais e propaganda institucional veiculada na imprensa, além de outras ações a serem desenvolvidas de forma mais pontual e a nível local. A reestruturação do Livro de usuários foi uma das medidas consideradas necessárias dentro desta última ordem de ações, sendo também considerado importante o intercâmbio de informações entre unidades.

Cabe ressaltar, que o SESASV tinha sérias dificuldades de comunicação entre seus vários serviços, devido a problemas estruturais como viaturas, malotes e até mesmo telefonia.

Foram criados 2 jornais - “Em Defesa da Vida” e “Hospital Aberto” - ambos com periodicidade variada e tiragem pequena. O único periódico mantido regularmente entre os serviços e que também era distribuído para os conselheiros era o “Boletim VISA” do Núcleo de Vigilância à Saúde.

Em relação à comunicação social enquanto projeto para o SUS local, não foi efetivada, permanecendo os fóruns existentes e as iniciativas isoladas: o Conselho Gestor do Núcleo de Especialidades (que funcionava junto ao Centro de Saúde I) publicou algumas edições do jornal - mural “CONSELHINHO” e o Boletim

VISA foi utilizado amplamente para vincular informações relativas aos conselhos gestores e ao Conselho Municipal de Saúde.

## **I SEMINÁRIO DO CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE**

A partir da III CMS e da nova composição do Conselho Municipal de Saúde, o Grupo de Trabalho de Controle Social propôs e promoveu a realização do I Seminário do Conselho Municipal de Saúde , principalmente no sentido de instrumentalizar a participação dos novos conselheiros.

O principal objetivo deste evento foi o de propiciar conhecimento e entendimento do Regimento Interno do Conselho e de seu funcionamento na prática.

Os conselheiros foram organizados em 2 grupos previamente definidos, sendo utilizada a técnica de dramatização: foi dramatizada uma reunião do Conselho, com uma determinada pauta, onde as representações de segmentos foram propositadamente trocadas durante a representação de papéis - por exemplo, um usuário do conselho, durante a dramatização representava o segmento dos trabalhadores da saúde. (PMSV - SESASV - GTCS, 1996)

Neste seminário também foi discutido a respeito das comissões existentes no Conselho. Essa discussão precedeu e auxiliou a escolha das mesmas, ocorrida em reunião plenária do Conselho.

Pôde-se perceber, sendo esta uma observação da autora, enquanto presente ao evento, que muitos membros do CMS desconheciam seu regimento

interno, mesmo dentre aqueles que já faziam parte da gestão anterior. Em seus relatos explicaram que não têm o hábito de leitura e que muitos dos documentos entregues não são lidos por eles. Por outro lado, estes documentos são guardados com cuidado, sendo sua importância reconhecida pelos conselheiros.

Durante o exercício de dramatização, alguns conselheiros tiveram dificuldades para se colocarem no papel de representante de outro segmento ou entidade, em parte devido ao desconhecimento a respeito da mesma, em parte pelo desconhecimento a respeito da composição do conselho e, em parte, pela própria dificuldade de “representar” o outro. Nesse exercício, aparece também o distanciamento entre a dinâmica proposta para o funcionamento de uma reunião do Conselho e o entendimento dos conselheiros a respeito da mesma.

A formação das comissões de trabalho previstas no regimento interno, despertou interesse imediato de todos durante o Seminário, sendo as eleições realizadas posteriormente, bastante disputadas.

Com referência ao I Seminário do Conselho Municipal, foram considerados ainda outros dois resultados como positivos:

- Propiciou um maior conhecimento e integração entre os conselheiros, já que, pela primeira vez foram apresentados uns aos outros e puderam falar um pouco de si mesmos (técnica de apresentação utilizada);
- Aprendizado e integração dos membros do GTCS que, embora promovessem e coordenassem o seminário, puderam participar das atividades desenvolvidas.

“É a primeira vez que eu participo de uma reunião destas, eu participo de esportes, eu sou motorista e fujo dos fiscais... O que eu entendo por fiscalização é uma coisa muito dura...”

“Antes tinha medo de chegar perto, não ia ter coragem de chegar igual, porque eu sou uma dona de casa lá da Gleba. . . Antigamente eu ficava deste tamanho quando eu chegava na Prefeitura ou no Pronto Socorro...”  
(Falas de conselheiros durante o I Seminário do CMS, São Vicente, 1996)

### 6.3 DISCUSSÃO

Durante o período que antecedeu às eleições municipais, mais precisamente durante os meses de agosto e setembro, as atividades junto aos conselhos foram modificadas de acordo com o cenário de campanha eleitoral:

- Algumas unidades optaram por intensificar ações junto aos Conselhos Gestores, através de palestras e cursos, abordando aspectos de vigilância à saúde, patologias específicas e de interesse dos usuários, além das ações programáticas como saúde da mulher, saúde da criança e discussões ampliadas sobre o SUS;
- Outras unidades, devido ao fato de alguns de seus conselheiros estarem envolvidos diretamente na campanha eleitoral, tanto para o executivo quanto para o legislativo, bem como ao clima de confronto criado pelas diferentes opções dos conselheiros, além do claro posicionamento político da administração pública, houve a opção pela diminuição de atividades.

O Conselho Municipal de Saúde optou por esta última posição adotada, suspendendo, inclusive, a reunião ordinária do mês de setembro. (Ata de Reunião do CMS, 31/10/96)

Após o período eleitoral, com a derrota nas urnas da administração em questão e com a perspectiva de mudanças no quadro político local, dois

movimentos surgiram em torno dos mecanismos de controle social e participação popular:

- O de refluxo, pela perspectiva de uma mudança “para pior”, onde os canais de acesso conquistados pela população usuária pudessem ser ameaçados. Este refluxo se deu pela ausência do estímulo habitual dos gerentes locais, também por sua falta de perspectivas de continuidade de trabalho. A reunião do CMS do mês de novembro, por exemplo, não teve quorum, não sendo possível, nesta data, a deliberação de questões importantes (prestação de contas);
- O outro movimento, a partir de conselhos gestores de algumas unidades, surgiu em torno de uma necessidade de resistência e luta pela manutenção dos direitos e políticas de saúde implantados. Este movimento esteve basicamente vinculado à candidatura da saúde que foi vencedora nas eleições para o legislativo local. Os conselhos realizaram reuniões e promoveram abaixo-assinados para manter seu funcionamento e o controle sobre o SUS.

No que se refere à implementação das resoluções das Conferências, em relação ao Controle Social no SUS em São Vicente, das propostas contidas no Relatório Final da II Conferência (em 1994), de um total de 17 propostas foram implementadas apenas 06, segundo levantamento feito pelo GTCS. Já em relação às 18 propostas feitas sobre o tema na III Conferência (em 1996), foram implementadas 03 delas. No entanto, não foram feitas cobranças por parte dos usuários em lembrança às propostas, exceto em relação à reivindicação por

encontros, treinamentos e mecanismos de comunicação social, segundo o mesmo levantamento feito. (PMSV - SESASV - GTCS, 1996)

Na conjuntura do município ao final do ano de 1996, a principal preocupação de cerca da metade dos conselheiros locais, era a de manter os canais de acesso que foram construídos, encontrando-se fragilizados, na época, por não estarem regulamentados por lei e pela incerteza em relação ao futuro do SUS.

A preocupação com a legalização dos instrumentos de participação implantados esteve presente durante todo o último ano da administração estudada. A Lei 92-A, Lei Orgânica da Saúde do Município, não regulamentava a nova composição do Conselho Municipal, suas novas características e regimento interno, bem como a existência dos CG-US.

A proposta de mudanças nesta lei, após estudada e aprovada pelo CMS, foi enviada à Câmara de Vereadores em março de 1996, não sendo aprovada até o término da administração.

Através da pressão de conselheiros e da representação da saúde junto ao legislativo local, o projeto foi representado e voltou a ser discutido, em outubro de 1997, sendo aprovado com modificações. (Projeto de Lei N 95/97 - Vereador Marcos Calvo - São Vicente, outubro de 1997)

Este relato se propôs a expor os acontecimentos a respeito do desenvolvimento dos mecanismos de participação popular e controle social junto ao SUS em São Vicente no período de 1993 até 1996.

Os acontecimentos relativos ao tema durante o período subsequente serão explorados e analisados a partir das entrevistas realizadas durante esta pesquisa.

No que se refere a realização de eventos de participação de massa, aqui descritas as Conferências e o Orçamento Participativo (o último já discutido), pode se afirmar que um grande número destes eventos foi realizado pelo SESASV durante estes quatro anos de administração: as três Conferências e todo seu preparo e desdobramentos, envolvendo um bom número de usuários, conforme o quadro da página 104 ilustra. Como comparação, a administração municipal realizou, no período de 1997 a 2000 uma Conferência.

Houve, além disso, uma participação crescente durante o período, demonstrada no número de Pré Conferências e Delegados.

A participação nas Pré Conferências, por sua vez, tanto à II quanto à III Conferências, através dos segmentos representados, demonstra claramente a institucionalização dos fóruns de participação, com aumento inicial da participação do segmento - Movimento Popular em 1994 - seguida de aumento do segmento - Conselhos Gestores em 1996. (Quadros das páginas 79 e 93) Também pode-se perceber um aumento significativo na participação dos trabalhadores da saúde nestes fóruns.

O Serviço de Saúde de São Vicente tratou efetivamente a participação popular como parte integrante de seu projeto e implantação do SUS local, investindo na realização destes debates, no seu preparo, na chamada exaustiva à participação, no envolvimento da equipe, no conteúdo das discussões.

As resoluções das Conferências, exceção feita às resoluções da Conferência Municipal Extraordinária em 1993, ficaram muito além do que poderia ser implantado pela gestão da saúde, neste período.

Na CMSE, em 1993, as resoluções formaram as diretrizes básicas da implantação do SUS, referendando e acrescentando ao então Plano de Governo, além de ter representado um marco inicial para o vínculo que se estabeleceria entre os gestores da saúde e a população usuária, no período a seguir. Os usuários, a partir daí, seriam sempre chamados a fazer parte da vida da saúde da cidade.

Já em 1994, as discussões temáticas sobre Saneamento Básico e Controle Social, proporcionaram um aprendizado sobre os temas. Este aprendizado, ou entendimento, no que se refere ao Saneamento Básico, foi considerado estratégico para a administração, tendo em vista o quadro sanitário local, bem como as dificuldades que estavam sendo encontradas, na tentativa de implantar projetos públicos, para reverter tal quadro.

No entanto, as resoluções da Conferência, neste tema, apontam principalmente para responsáveis "externos" pelas ações: a SABESP, o Governo do Estado, além do poder público municipal. Ao mesmo tempo, colocam a necessidade de mobilização em torno delas.

Ainda a respeito das resoluções da II CMS-SV, seu conteúdo, além de transcender os limites da saúde e dos governos em suas esferas, também ocupam um tempo maior do que o disponível para a então administração.

Vários projetos foram implantados pela administração, principalmente os que estavam em andamento e aqueles que contavam com a parceria da população, mas praticamente nenhum daqueles que dependiam das outras esferas de governo, estes os de maior vulto e os mais necessários (urbanização do Itararé, do México 70, entre outros).

Em 1996, houve ainda uma maior ampliação da temática discutida na Conferência - Saúde e Qualidade de Vida. Em relação aos serviços de saúde, foi possível uma prestação de contas daquilo que havia sido feito - e muita coisa foi realizada. Porém, mais uma vez as resoluções - desta vez em número de 325 - não conseguem apontar diretrizes para o SUS, mas intenções para todo o tipo de problemas, conforme seu Relatório Final.

Pode-se afirmar que houve incentivo a participação e a intenção de democratizar os conhecimentos para a mobilização conjunta em torno da cidade, mas também foi criada uma grande expectativa em torno das questões, que a Administração municipal como um todo, não parece ter dado respostas, ao final daqueles quatro anos. Este fato, se analisado somente com a ótica da saúde, pode ter contribuído para a avaliação negativa da Administração, que não conseguiu ser reeleita.

Os Conselhos Gestores de Unidades de Saúde, por sua vez, foram os fóruns nos quais foi feito o maior investimento por parte da equipe do SESASV, no que tange a participação e gestão dos serviços de saúde.

Eles se constituíram na "porta de entrada" do movimento popular e da população usuária em geral na saúde. A sua implantação gradativa durante os

quatro anos de administração, as ações para formação de seus conselheiros, as discussões de papéis e funcionamento, colaboraram na descentralização das decisões e ações de saúde, fortalecendo as Unidades locais e a rede de serviços de saúde como um todo, enquanto prestadora de serviços e espaço de discussão da vida pública.

Foi formado um grupo de 180 conselheiros, ao final da administração, entre usuários e trabalhadores da saúde. Aqueles mais atuantes, no segmento dos usuários, certamente mudaram, além de suas vidas, como eles relataram em seus depoimentos, o cenário da saúde pública na cidade.

A resistência inicial à participação foi sucedida por uma verdadeira parceria. Em uma medida os Conselhos foram instrumentos de controle social - reclamando, criticando, fiscalizando, cobrando melhorias, principalmente da Direção das Unidades. De outra forma, talvez a mais presente, os Conselheiros auxiliavam no funcionamento da Unidade, na comunicação entre Unidade e o bairro, na execução e avaliação de programas e ações de saúde.

Os representantes junto aos Conselhos Gestores, como ficou demonstrado no Treinamento de Conselheiros de 1995, tinham um maior conhecimento do Sistema de Saúde do município como um todo que os próprios conselheiros do Conselho Municipal de Saúde, fato este estimulado por encontros e intercâmbio entre os Conselhos, visitas a outras Unidades, entre outros.

No entanto, estes fóruns tinham a fragilidade de serem tutelados pelo SESASV e pelas Direções locais, até mesmo por fazerem parte gerencial do Sistema de Saúde. Todo este conhecimento adquirido, todo o envolvimento com a

Saúde enquanto projeto e prática, com o bairro, com os programas de saúde desenvolvidos, não impediu o refluxo do funcionamento destes fóruns, já presente no final de 1996, presente em todo o período de 1997 a 2000, conforme relato de seus Conselheiros, mesmo após sua “legalização”.

## **6.4 ENTREVISTAS COM OS CONSELHEIROS DE SAÚDE**

### **6.4.1 ENTREVISTAS DO PRIMEIRO MOMENTO - 1997**

#### **■ PERFIL DOS ENTREVISTADOS:**

##### **ENTREVISTA N 1**

Gilda, 43 anos

Usuária da PoliSaúde Saquaré-México 70 (Unidade Básica de Saúde), membro de comunidade da Igreja Católica e representante junto ao Conselho Gestor da Unidade.

Casada, 3 filhos, dona-de-casa, primeiro grau incompleto.

Esposo - eletricitista autônomo.

Moradora da favela Saquaré, na sua região mais urbanizada, sem calçamento ou saneamento, com água encanada e eletricidade, casa própria de alvenaria.

##### **ENTREVISTA N 2**

Maria de Fátima, 42 anos

Usuária do NAPS MATTER (Núcleo de Atenção Psicossocial), membro da Associação Maluco Beleza - associação de usuários, familiares e profissionais de saúde mental, representante junto ao Conselho Gestor da Unidade e junto ao Conselho Municipal de Saúde.

Viúva, 1 filha, aposentada por invalidez (doença mental), primeiro grau completo.

Moradora da favela Mangue Seco, situada na região continental do município, à beira do mangue (local alagadiço e com despejo de esgoto), casa alugada feita de madeira e aproveitamento de materiais.

### **ENTREVISTA N 3**

Maria Eurides, 39 anos.

Usuária da PoliSaúde Parque das Bandeiras (Unidade Mista de Saúde - ambulatório e Pronto Atendimento 24 horas), Presidente da Associação de Moradores do Parque das Bandeiras - Gleba II, representante junto ao Conselho Gestor da Unidade e ao Conselho Municipal de Saúde.

Casada, 2 filhos, dona-de-casa, primeiro grau completo.

Moradora em bairro afastado da região continental do município, em casa própria de alvenaria.

### **ENTREVISTA N 4**

Santo Bordinhon, 69 anos.

Usuário esporádico do Centro de Saúde I - Núcleo de Especialidades e Auxílio Diagnóstico - membro da Sociedade de Amigos do Catiapoã, secretário da

Creche Sonho da Criança (entidade assistencial), representante junto ao Conselho Gestor da Unidade.

Casado, 1 filho, aposentado da FEPASA, primeiro grau incompleto.

Esposa - dona-de-casa.

Residente em um dos melhores bairros da cidade, com infra-estrutura urbana, na área central, próxima à orla marítima, em casa própria de alvenaria.

#### ■ APRESENTAÇÃO DAS RESPOSTAS:

Explicação: As respostas serão aqui apresentadas através de “categorias” e os números contidos nos parêntesis correspondem à entrevista na qual foi dada aquela resposta. Ainda, algumas falas foram citadas para elucidação das respostas.

Questão 1 - Como começou a participação nos Conselhos?

- Começou por necessidade, por ser usuária da PoliSaúde (1);
- Começou por curiosidade em relação as questões de saúde (2);
- Começou para ajudar as pessoas (1; 2);

“Então eu comecei a me interessar e achei que eu participando seria muito mais fácil, de estar ajudando as pessoas: orientando, ver o que a gente poderia estar fazendo, médicos, como eles atendiam...”(1)

- Começou para dar apoio ao funcionamento do Centro de Saúde (4);
- Começou através do trabalho com a comunidade (3);
- Começou através da participação na II Conferência Municipal de Saúde (3);
- Começou através de convocação da entidade pelo SESASV (4);

Questão 2 - Se percebe mudanças a partir de sua participação:

**Mudanças para a vida do usuário:**

- Conhecimento de pessoas e coisas novas (1);
- Poder se expressar, estar participando (2);
- Crescimento pessoal, aprendizado sobre direitos (3);

“Pra mim eu acho que a gente vai crescendo cada dia que vai aprendendo mais, a gente vai sabendo brigar pelos direitos. Vai sabendo até onde você pode estar discutindo. Nunca, jamais, eu me colocava, enquanto dona-de-casa, saber que eu podia estar lá no Conselho Municipal de Saúde, discutindo, reivindicando, vendo como é que eles estavam lidando com a saúde na cidade.” ( 3 )

**Mudanças na saúde:**

- Poder conhecer o que se passa na saúde (4);
- Responder dúvidas sobre o atendimento dos serviços de saúde (1);
- Melhorias nos serviços de saúde (1; 2; 4);
- Possibilidade de resolver os problemas da unidade na própria unidade (2);

“Uma coisa que eu colocava no NAPS que eu achava importante, na outra administração, é que a gente não precisava estar levando tudo para o Conselho Municipal, a gente decidia muitas coisas conversando com a diretora da unidade, dialogando.”

Questão 3 - Resultados da participação:

**Através dos CG:**

- Melhorias na estrutura física da Unidade (reforma e manutenção)  
(1; 3; 4);
- Mais médicos na Unidade (1);

- Melhorias no atendimento - funcionários e médicos tratam melhor os usuários (1; 3);

“...tem, por exemplo, melhorar o atendimento que muitas vezes as atendentes, a enfermagem geralmente não atendia muito as pessoas. A gente em reunião conversava e explicava que as pessoas têm que ser bem atendidas, e com isso as pessoas mudaram o comportamento...” (1)

- Ter para quem reclamar - Conselho Gestor (3);
- Problemas com funcionários resolvidos (2);
- Campanha de arrecadação de alimentos promovida pelo CG (4);

#### **Através do CMS:**

- Considera o trabalho lento e ainda sem retorno (3).

“O Conselho Municipal pra mim, por enquanto, tudo que tá lá, dentro do que houve, eu acho que ainda tá muito lento. Porque o trabalho que houve, pelo menos até aqui, a gente ainda não teve tanto retorno, porque as reivindicações que a gente pediu, que seria o rádio da ambulância, ainda não veio por conta de verba. Isto é o que eles alegam, não ter para estar encaminhando desde o meio do ano passado.”

Questão 4 - Pontos positivos e problemas encontrados:

#### **Pontos positivos:**

- Aprender coisas sobre saúde - Cursos sobre tuberculose e AIDS (1);
- Ampliação da visão sobre os problemas da cidade - não somente de seu bairro (3);
- Saber a verdade sobre a saúde (4);
- Reconhecimento dos Conselhos de São Vicente pelo Ministro da Saúde (2);

“Eu estive no Seminário no SESC e eu escutei do Adib Jatene, ele não falou na televisão, ele falou pra todos que estavam ali, eu vi ali pertinho, que o Conselho Gestor de São Vicente e o Conselho Municipal, ele era reconhecido no Brasil todo porque tava dando certo, foi em setembro do ano passado.”

**Problemas:**

■ As dificuldades no atendimento continuam - conseguir consultas e fazer o tratamento (1);

■ As dificuldades no local onde moram continuam - não tem saneamento básico, enchentes, interrupção de projetos de melhorias (1);

“Nós falamos muito isso no Conselho Municipal de Saúde, sobre esse problema do saneamento básico e até agora a gente não viu resultado, então este é o problema maior, porque a gente falou o tempo todo e não conseguiu. Não adianta nada ter todo um tratamento se não tiver saneamento básico, porque a gente vai conviver com aquilo lá o tempo inteiro...”

■ Problemas com a administração iniciada em 1997 - distanciamento e falta de conhecimento da realidade (3);

■ Falta de entrosamento dos poderes - Federal, Estadual e Municipal (4);

Questão 5 - Acontecimentos a partir das mudanças na administração

municipal:

■ Dificuldades para realização das reuniões dos Conselhos - falta de apoio - novos diretores não convocam reuniões (1; 4);

“Eu não tive participação nenhuma, só existe, que eu sei de fonte autorizada, só um Conselho Gestor está funcionando regularmente, é o NAPS do Saquare, os outros todos, não. E o Conselho ao qual eu pertença, que é o Conselho do Centro de Saúde, desde que mudou esta administração, eu estou tentando, estamos tentando. Eu tinha dito anteriormente que faríamos uma reunião clandestina e

fizemos, pra tomar uma atitude e a atitude foi procurar entrosar nesta administração...”(4)

- Desânimo por parte dos conselheiros (1; 3);
- Falta de medicação e médicos nas unidades (1; 4);
- Mudanças nas reuniões do Conselho Municipal de Saúde - sem votação de propostas, sem atas (2);
- Novo diretor da unidade preocupado e participante junto ao Conselho Gestor (2);
- O Conselho Gestor não é ouvido pelo diretor da unidade (2; 4);
- Diminuição de alimentação para os pacientes da unidade (2);
- Problemas com a ilegalidade dos Conselhos (2; 4);
- Não vê nenhuma mudança (3).

#### **COMENTÁRIOS:**

Neste primeiro momento os usuários representantes junto aos Conselhos, estavam passando por um período de expectativa e apreensão, tendo em vista a recente mudança da Administração pública municipal e a fragilidade dos fóruns participativos.

Eles avaliaram de forma positiva sua participação durante o período de 1993 a 1996, citando vários resultados através de melhorias nos serviços de saúde e de sentirem maior respeito por parte da direção e funcionários de saúde. Por outro lado, relataram mudanças positivas também em suas vidas, através do aprendizado de questões de saúde e cidadania e crescimento pessoal.

Neste momento foram citados as dificuldades enfrentadas, como a persistência de problemas no atendimento à saúde e, principalmente na infraestrutura de seus bairros.

Já nestas primeiras entrevistas, os usuários relatam o enfraquecimento dos Conselhos e desânimo de conselheiros, diante das mudanças e da falta de incentivo por parte da “nova” Administração. Outra preocupação era em relação a “ilegalidade” dos Conselhos Gestores, que nesta data ainda não haviam sido regulamentados na lei municipal.

Foi possível perceber, ainda, um sentimento de “abandono” nos conselheiros, como se tivessem sido deixados para trás pela equipe da saúde que os chamara a participar, equipe da qual eu fazia parte.

#### 6.4.2 ENTREVISTAS DO SEGUNDO MOMENTO - 2000

##### ■ ENTREVISTADOS:

Foram entrevistados novamente os quatro usuários representantes junto aos Conselhos que haviam sido entrevistados em 1997.

Entrevista N 1 - Gilda

Entrevista N 2 - Maria de Fátima

Entrevista N 3 - Maria Eurides

Entrevista N 4 - Santo Bordinhon

## ■ APRESENTAÇÃO DAS RESPOSTAS:

Questão 1 - Como foi a participação nos conselhos nestes últimos quatro anos?

■ Usuários que mantém a participação nos conselhos (1,2,3);

■ Usuários que não participam mais dos conselhos (4);

■ Usuários que participam do Movimento Social:

Pastoral da Criança (1)

Associação de bairro (1,3);

Associação de Doentes de familiares (2);

Entidade Assistencial - 4

### **Participação em reuniões:**

■ Houve um pequeno número de reuniões do Conselho Gestor (1,3,4);

“Teve bem poucas reuniões, a gente marcava e não dava certo, em setembro foi a última reunião com o Secretário da Saúde, não tivemos confraternização. Apesar disso eu não deixei de fazer o trabalho.” (1);

■ Não está havendo reuniões do Conselho Gestor (2);

■ Problemas com mudanças na Direção das Unidades dificultando a realização de reuniões dos conselhos (1, 4);

“O Conselho Gestor do Centro de Saúde foi caindo, não tinha reunião, foi trocando de diretor a cada três meses, foi esmorecendo e eu desanimei.” (4);

### **Participação em encontros:**

■ Não participou de nenhum encontro (4);

■ Encontros de Saúde (3);

- Encontros do Movimento Social (1, 2);
- Encontros de Partidos Políticos (2, 3);

### **Participação em Treinamentos:**

- Não participou de nenhum treinamento (1,3,4);
- Participou de treinamentos de saúde (2);

2. Quais as principais reivindicações neste período e quais os principais resultados obtidos?

- Mais segurança na Unidade de Saúde (1);
- Implantação / ampliações / equipamentos de Unidades de saúde (2, 3 ,4);

“Conseguimos a Poli Saúde do Bitaru, foi uma conquista legal, que foi da Conferência”. (2)

“Nós pedimos a modernização da recepção, com 2 computadores, mandamos um ofício para o Secretário, ele respondeu por escrito, tá tudo lá, aí eu desisti. O Conselho Gestor precisa apresentar um Projeto!”. (4);

- Melhoria na distribuição de medicamentos (1);

“A gente pede, pede, mas não tem, sempre vem pela metade. Eu faço tratamento de pressão alta, o Hicroton não tem para três meses que foi o que a médica pediu. O Capoten nunca tem. O único remédio que tem é para verme.”

- Melhorias na Saúde Mental (2);
- Melhorias no atendimento ao deficiente (3);
- Implantação de Hospital na Área Continental (3);
- Considera que as reivindicações não foram atendidas (1, 4);
- Considera que algumas reivindicações foram atendidas (2, 3);

“Eu acho que foi pouco, as Conferências não tiveram resultados. A gente sabe que houve reforma em algumas Unidades.” (3);

3. Em relação a projetos defendidos anteriormente, o que você recorda que continuou e o que mudou para o SUS local?

#### **Hospital São José:**

- Considera o atendimento ruim. (1);

“Estes dias eu fui lá, tinha gente desde as sete da manhã e era três horas da tarde e não foi atendida. Aí eu me apresentei como do Conselho Gestor e reivindiquei que atendesse uma senhora que tava passando mal, só tinha um médico, eu desisti de ser atendida.”

- Continua com problemas no atendimento (4);

- Desconhece o número de leitos SUS (2, 4);

- Relata que a Secretaria da Saúde não tem controle sobre o Hospital (3);

“Foi criada a Central de Vagas, mas acaba tudo na mão da Irmandade. Foi criada a UTI neonatal. O controle exato do HSJ a própria Secretaria não tem.”

- Relata problemas em relação a utilização dos leitos SUS (1, 3);

“Foi criada Comissão do Conselho Municipal pra fiscalizar o Hospital São José e descobriu atendimentos particulares encaixados em vagas SUS.” (3);

- Relata problemas em relação a utilização de recursos diagnósticos pelo SUS (2);

- Melhorias no atendimento / ampliações de serviços (2, 3);

“Não sei quantos leitos tem do SUS, agora tem UTI neonatal, com direito ao SUS e convênios.” (2);

#### **Saúde Mental:**

- Não tem conhecimento (4);

- Implantações / ampliações de Unidades (1,2,3);

- Mudanças do funcionamento com piora no atendimento (2, 3);

“Acho que a saúde mental piorou. Fui numa reunião do CAPS Saquaré porque queriam ampliar a sala para atender 1600 pessoas. A gente foi conversar com o Secretário. Ele foi contra ampliar o espaço, ele disse que preferia atender 4 bem feito do que 20. E o que a gente faz com os outros 16 que precisam?”(3);

#### **Centro de Saúde:**

- Não tem conhecimento (4);
- Melhorias no atendimento/ampliações de serviços (1,2,3);

“Melhorou com a ampliação. Fez um Centro Diagnóstico, tem teste ergométrico. Desativaram o bazar. Montaram um serviço de Hansen e Tuberculose onde era a creche.” (2);

#### **Área Continental:**

- Não tem conhecimento (1,4);
- Implantações de Unidade de Saúde (3);
- Propostas de implantações de serviços de saúde não concretizadas:

Hospital (2)

Maternidade (3)

CAPS (1)

- Problemas de infra-estrutura no bairro (2);
- Problemas no atendimento da Unidade de saúde de bairro (2);

“No Humaitá só tem um pediatra, terça-feira vou ter que ir às 4 da manhã para conseguir consulta. Só que o Conselho Gestor apertou a Dra. Vera, chamou a Rede Globo, já teve pior.”

#### **Saneamento Básico:**

- Está sendo implantado saneamento básico no município (1,2,3,4);

“Houve melhoria na parte de condução do esgoto. O maior problema era a canalização de esgoto, nosso bairro aqui está todo saneado. Quem está fazendo é a SABESP.” (4);

- Não tem saneamento no bairro onde reside (1,2,3);
- Tem saneamento no bairro onde reside (4);
- Relata problemas nas obras que estão sendo executadas (1);

"O México 70 foi aterrado, não tem canal, as águas estão invadindo, acabou com os canais, as doenças estão aumentando, diarreia, leptospirose. A minha casa aqui nunca encheu, agora já entrou água e vamos ter que levantar mais o piso."  
(1);

4. E quanto aos mecanismos de participação popular e controle social, houve alguma mudança?

#### **Lei 92-A**

- Tem conhecimento sobre mudanças na lei e cita modificações (2,3,4);

"A lei, o Dr. Marcos entrou com o projeto, mudou o número, foi aprovada com algumas alterações. Os Conselheiros só podem ser conselheiros por 2 anos. Por um lado é bom porque dá chance para outros. Mas, que outros?..." (2);

- Não tem conhecimento sobre mudanças na Lei (1)

"Eu nem me lembro se a nova lei foi aprovada ou não. Eu tava achando que tinha sido aprovada. Tá vendo! Nem isso eu sei direito, sei que o Conselho Gestor já venceu agora em 2000."

#### **Conselho Municipal de Saúde:**

- Usuário representante junto ao CMS (3);
- Usuário que participa de reuniões do CMS (2);
- Usuários que não tem conhecimento sobre o funcionamento atual do CMS  
(1,4);
- Relata problemas na composição do CMS (2,3);

"A composição do Conselho Municipal não estava correta, o Marcos até entrou com recurso, por conta disso ficou desmotivado. Cinco cargos estavam representando usuário mas era funcionário!" (3);

- Relata problemas no funcionamento do CMS (2,3)

“Antes havia uma participação melhor, não funciona como deve. Prá mandar a prestação de contas prá Brasília eles mostraram um slide na reunião. Não como era antes que vocês passavam, a gente fiscalizava.”(3);

“Mudou para péssimo, não tem participação. A gente naquela época teve cursinho, teve participação de todos os conselheiros, eu nunca vi as comissões funcionando, agora. Você pensa que o Conselho Municipal funcionou nestes quatro anos? Não tem nem comissão de Prestação de contas, lembra, você me deixou com aquele abacaxi, mas eu aprendi bastante.” (2);

### **Conselhos Gestores de Unidades de Saúde:**

- Não há incentivo/apoio para a participação (1,2,3,4);

“Não tem incentivo. Quem pensaria que o Conselho do Centro de Saúde ia dar esta parada que deu? Não tem mais nem aquele livro que a gente escrevia.” (2);

“O Conselho Gestor ficou sem funcionar dois anos, eu entregava um ofício, só eu que assinava, pedindo a ambulância. Eu perguntei prá ele: “Doutor., há interesse nos Conselhos Gestores?...Ele falou: É lógico, há interesse”, mas ficou por isto mesmo.” (4);

- Considera que os Conselhos Gestores não estão funcionando ( 1,3,4 )

“Acho que nenhum tá funcionando, não tivemos mais encontros, ficamos isolados. Infelizmente não tá funcionando, se tiver é bem pouco. A gente continua! E a gente continua por causa daquele primeiro trabalho que foi feito.” (1);

- Considera que há funcionamento precário de alguns Conselhos Gestores (2);

- Desistência da maioria dos representantes junto ao Conselho Gestor (1,2,3,4);

“Eu , como conselheira, participei, mas os outros membros, os funcionários e a direção não participava. Acabou com a motivação. Naquela época havia seminário para preparar o Conselho Gestor. Agora o Márcio não preparou, o pessoal novo não teve estrutura.” (3)

## COMENTÁRIOS:

Foi como uma surpresa boa que, após quatro anos de afastamento, encontrei novamente os usuários dos Conselhos da Saúde de São Vicente.

Além da receptividade, percebi neste segundo momento que, a exceção de um dos quatro usuários, três se mantiveram atuantes na luta pela saúde, e todos lembravam com saudosismo, o trabalho que havia sido realizado pela Administração anterior.

Os usuários relataram terem encontrado inúmeras dificuldades na participação junto ao SUS local no período de 1997 a 2000.

No que diz respeito à realização de eventos, foram poucas as reuniões dos Conselhos Gestores, nenhum encontro ou treinamento de conselheiros foi realizado, tendo sido realizada uma Conferência Municipal de Saúde, no período de quatro anos. Sua participação em eventos foi devido a sua inserção em entidades do Movimento Popular e Partido Político.

Apesar de citarem várias melhorias nos serviços de saúde, os conselheiros entrevistados não sentiam que suas reivindicações foram atendidas pela gestão da saúde, destacando vários problemas para os quais eles solicitaram soluções e não as obtiveram.

Aparece em seus comentários a nítida comparação da atual administração com a anterior, especialmente em referência ao incentivo à participação e respeito aos fóruns e seus representantes.

Quanto aos projetos defendidos pela Administração municipal no período de 1993 a 1996, mantiveram-se na pauta de discussões e investimentos

da atual administração, talvez em boa medida pela atuação dos próprios conselheiros, com avanços e retrocessos (aqui foram questionados o Hospital São José, a Saúde Mental, o Centro de Saúde e Unidades, a Área Continental e o Saneamento Básico).

Neste ponto nota-se também um afastamento dos conselheiros da discussão mais ampla das questões de saúde e do município, sendo o conhecimento de cada um restrito ao seu bairro ou “área” de atuação. As conselheiras que participam junto ao Conselho Municipal de Saúde demonstram conhecimento mais ampliado, sendo as mesmas participantes junto ao Partido dos Trabalhadores.

Cabe ressaltar que o projeto de saneamento básico, que está sendo implantado pela administração atual, ainda não atingiu os bairros de três, dos quatro usuários entrevistados, havendo críticas por parte de um deles. Somente o usuário residente próximo ao centro teve seu bairro saneado. Mesmo assim, os usuários demonstram dúvidas em relação aos responsáveis governamentais pelo saneamento do município.

Mesmo com a apreensão presente em 1997 (entrevistas do primeiro momento), em relação a aprovação de nova Lei Orgânica da Saúde que contemplasse as instâncias participativas criadas e modificadas durante a administração anterior, uma das usuárias não tinha certeza se a lei teria sido aprovada, mesmo tendo sido reeleita representante junto ao Conselho Gestor local.

O vereador do Partido dos Trabalhadores Marcos Calvo, durante o período de 1997 a 2000 foi a referência para os conselheiros entrevistados, no que se refere aos fóruns de participação e projetos de saúde no município.

Note-se que, do grupo de médicos sanitaristas que dirigia o SESASV no período anterior, ele foi o representante que permaneceu no cenário da luta pela política de saúde até 2000.

Os problemas de funcionamento dos fóruns junto ao SUS não ficaram restritos ao abandono por parte do poder público, ausência de reuniões, desmotivação e desistência de conselheiros. O Conselho Municipal de Saúde, segundo os relatos aqui descritos, apresentou distorções em sua composição e ficou alijado de seus papéis fiscalizadores, dentre outros, pela não existência ou funcionamento das comissões de trabalho previstas.

Os conselheiros relataram “orgulhosamente” seu processo de resistência, baseado em suas necessidades de saúde, sua consciência política, saberes adquiridos anteriormente e engajamento na luta social mais ampla, do bairro, da saúde, da cidade.

## **7. CONCLUSÕES:**

### **AS RESPOSTAS ÀS QUESTÕES DA PESQUISA:**

#### **I. A participação popular e o controle social junto ao SUS são possíveis?**

Nesta experiência analisada, pode-se afirmar que foi possível a implantação de mecanismos de participação popular e controle social.

A população usuária dos serviços de saúde de São Vicente foi chamada e ocupou espaços reais dentro dos mesmos, participando de seu funcionamento, propondo diretrizes, avaliando ações, fiscalizando gastos e colaborando em projetos.

A despeito da pouca tradição participativa local e das dificuldades ao exercício diário da gestão democrática, presentes nos resultados analisados, houve uma resposta às ações de incentivo à participação, que por sua vez, traduziu-se em melhoria nos serviços.

A participação popular e o controle social junto ao SUS em São Vicente foi criada através da readequação de papéis e fortalecimento do Conselho Municipal de Saúde, bem como da criação da participação local e diária através do Conselhos Gestores de Unidades de Saúde.

De um lado, estes fóruns permanentes foram sendo incorporados à rotina das Unidades e programas de saúde locais, constituindo-se enquanto espaços de parceria e compromisso, intermediando relações entre a instituição e a população usuária em geral. De outro, foram instrumentos de fiscalização da população, enquanto espaços de denúncias, reclamações, esclarecimentos,

resolução de problemas de acesso, "obrigando", de certa forma, a transparência de propostas, ações e prestação de contas por parte da gestão da saúde.

A realização de eventos de participação em massa e de atividades de formação para a participação, ao mesmo tempo, completaram um cenário de discussões ampliadas e exaustivas às questões de saúde e do município, como um todo.

A população usuária sentiu vontade, além da necessidade de participar e, de certa maneira, sentiu resultados nesta participação.

## **II. A participação popular e o controle social dão respaldo às políticas públicas e fortalecem o poder do Estado?**

Seguindo a tendência atual da relação Estado-Sociedade, a implantação do SUS em São Vicente propiciou uma aproximação e fortalecimento das relações entre SESASV-população e até Prefeitura-população.

Esta relação, em determinados momentos, chegou-se a uma "parceria", em torno das necessidades e interesses de saúde locais.

Os fóruns criados e os eventos promovidos, consolidaram a noção de saúde como direito do cidadão e dever do Estado e noção de necessidade de fiscalização e controle popular sobre as políticas públicas.

Contudo, o mesmo respaldo que foi dado ao trabalho desenvolvido na saúde, parece não ter ocorrido em relação à administração municipal como um todo.

É necessário destacar que estas mudanças na relação entre população usuária e serviços públicos de saúde, apenas tiveram início, enquanto processo de reaproximação e retomada de credibilidade. Sua consolidação, no entanto, dependeria de sua continuidade, da continuidade do incentivo aos fóruns de participação e das respostas do poder público às suas reivindicações.

No sentido desta última afirmação, destaca-se que a ampliação do objeto das discussões, gerou uma ampliação de necessidades, para além da competência da saúde e do tempo de governo existente. Como consequência tivemos a responsabilização do Poder Público pela resolução das demandas. No entanto, a administração pública, ou por falta de recursos, ou por falta de estratégia, ou também pela gama enorme de necessidades existentes, não parece ter correspondido à confiança nela depositada.

Pode-se concluir que, através dos fóruns de participação popular e controle social implantados junto ao SUS em São Vicente, a política de saúde foi referendada e fortalecida, isto não acontecendo com o governo da cidade como um todo, no período analisado.

### **III. Se o tempo para efetivação dos mecanismos de participação popular e de controle social não se limita ao tempo de um governo, como garantir sua implantação?**

Em São Vicente, a reestruturação dos fóruns e as atividades educativas promovidas, foram as estratégias utilizadas pela administração de saúde na tentativa de garantir a continuidade da gestão democrática.

Pode-se dizer que a população foi envolvida num processo intenso, e até mesmo exaustivo, de cursos, encontros, palestras, treinamentos, reuniões, iniciando-se um processo de capacitação.

Ao mesmo tempo, enquanto a administração de 1993 a 1996 buscava mostrar “resultados”, também demonstrava a “importância” dos fóruns de participação e de sua luta, incentivo que não foi dado pela administração subsequente, como foi demonstrado nas falas dos usuários nas entrevistas dos 1º. e 2º. momentos (em 1997 e 2000).

Aquilo que foi objeto das atividades educativas: as noções de direito e cidadania, o Sistema Único de Saúde, o processo saúde-doença, os mecanismos de participação e controle social, não foi esquecido, não foi em vão.

A descontinuidade, no entanto, produziu o refluxo, mesmo diante da legalização dos fóruns.

A representação da saúde no legislativo local, eleita em 1996 e atuante até 2000, esforçou-se na manutenção do funcionamento destes fóruns e em projetos de melhorias na saúde, tendo sido o vereador Marcos Calvo

responsável pela aprovação da nova Lei Orgânica da Saúde do Município, instituindo várias mudanças no Conselho Municipal de Saúde e a existência dos Conselhos Gestores das Unidades de Saúde.

A implantação dos mecanismos de controle social e participação popular foi efetivada em São Vicente, no tempo de um governo, mas sua consolidação, não.

E a questão permanece sem resposta, sabendo-se que esta fragilidade da participação social não acontece somente em São Vicente:

Por que estes fóruns se institucionalizam na lei mas não na prática?...

O que existe na cultura de nossa sociedade que faz com que os movimentos necessitem de incentivos, como se já não bastassem as próprias carências?...

Se não houve a possibilidade de se consolidarem os fóruns de participação, por outro lado podemos concluir que houve a possibilidade de capacitação de alguns de seus conselheiros (a partir de seus relatos nas entrevistas do segundo momento) no período em que sua participação era objeto da política de saúde. Essa capacitação permitiu, até mesmo, que eles pudessem manter suas posições no que se refere à participação e no que tange ao modelo de saúde pretendida e necessária. Eles tiveram, sem dúvida, acréscimo nas suas vidas de cidadãos.

#### **IV. Os mecanismos de participação popular e controle social sobrevivem sem vinculação com o movimento popular e com forças políticas locais em um contexto sem incentivo governamental aos mesmos?**

A experiência de São Vicente mostra que a sobrevivência dos mecanismos de participação popular e controle social dependeu basicamente da inserção de seus representantes no Movimento Popular e na política partidária local.

Desde a implantação dos Conselhos e realização dos eventos aqui descritos, a parcela mais atuante de Conselheiros e delegados foi identificada entre representantes do movimento popular, por mais que este representasse pouco no contexto de forças políticas do Município, e por mais que se caracterizasse por períodos de luta e refluxo.

Na mudança de administração pública, no entanto, este quadro ficou mais claro. Com as alterações na política local, a partir de 1997, o Partido dos Trabalhadores passou de governo à oposição. Com isto, vários segmentos que se comportavam enquanto parceiros da administração anterior, ocupando espaços e obtendo avanços, passaram a representar forças políticas opositoras, tendo que se reposicionar para não perder espaço, nem direitos adquiridos.

Os Conselhos de Saúde, especificamente os Conselhos Gestores das Unidades, passaram em um momento inicial, de atores do SUS local a intrusos, não sendo chamados ou atendidos.

Com a legalização destes fóruns, ainda em 1997, a administração passou a encarar, de fato, que estes atores estavam presentes, embora não fizesse questão de tal presença.

No entanto, nesse processo que logicamente gera um desgaste, aqueles conselheiros que tinham vinculação com o Movimento Popular-Pastoral da Igreja, Associações de Bairros, Luta Antimanicomial, utilizaram-se, paralelamente, destes fóruns “matrizes” para exercer sua cidadania e oposição em alguns casos, não deixando de reafirmar a existência dos Conselhos.

Ao mesmo tempo, o Partido dos Trabalhadores procurou fortalecer a discussão de saúde, através do Núcleo de Saúde e dos vereadores locais, representando importante espaço de inserção de conselheiros de saúde, no período de 1997 a 2000.

Aqueles Conselheiros, por sua vez, cujo vínculo maior era o próprio Serviço de Saúde - funcionários e a Direção local, mais especificamente - estes ficaram “sozinhos”, como relata um conselheiro que, após o término de seu mandato, em 98, abandonou os fóruns.

O Conselho Municipal de Saúde, que durante o período de 1993 a 1996 foi valorizado e teve seu funcionamento efetivado, passou por esvaziamento de composição e funções no período posterior.

Foi alvo de investigações e críticas por apresentar composição inadequada, tendo sido colocados pela administração, cargos de confiança representando o segmento de usuários, conforme relatos de duas representantes junto ao mesmo, nas entrevistas.

Além disso, a Comissão de Prestação de Contas, bem como as demais comissões permanentes previstas no Regimento Interno não existiram neste período, de acordo com as mesmas usuárias. Isso representou um grande retrocesso na transparência de gestão e foi percebido pelos Conselheiros. Por quê? Porque eles já tinham vivido e assimilado uma outra maneira de lidar com o público e com a população!

Alguns Conselheiros, inclusive, entraram na vida político-partidária, sendo vários candidatos a vereadores, dos mais diferentes partidos políticos, representantes junto aos Conselhos, desde 1997 e também em 2000. Este fato também se presta ao questionamento: ao mesmo tempo que alguns Conselhos podem ter sido utilizados enquanto espaço para prática eleitoreira e de clientelismo local, com certeza eles se constituíram em fóruns de "politização" destas comunidades, levando até ao entendimento da necessidade de passar de uma representação a outra, na vida pública.

O precário funcionamento destes fóruns no período subsequente a administração petista traduz, de acordo com esta pesquisa, de um lado, o não incentivo a prática participativa, embora com o reconhecimento dos fóruns por parte da atual gestão da saúde. Mas traduz, acima disso, a baixa inserção dos representantes juntos aos conselhos nas organizações do Movimento Popular e junto a forças políticas progressistas.

## Summary

The present thesis consists of a study of the implementation of mechanisms of grassroots participation and social control related to the public health system known as SUS [an acronym in Portuguese meaning Unified Health System], in the municipality of São Vicente, State of São Paulo, Brazil, between 1993 and 1996. The objectives of this study were to identify, on the basis of the experience in São Vicente, the possibility of implementing and maintaining forums of grassroots participation and social control. Based on the activities of these forums, the results are identified in terms of improved health services, legitimation of public policies that have been implemented, increased practice of citizenship by the representatives in the forums, and difficulties that came up in continuing the collective practice of participation when local political administrative changes are made. Through documentary research, a number of types of activities were described and analyzed, including not only health conferences, participated budgeting, training programs, meetings of health counselors, and the functioning of the Municipal Health Board and the managing boards of local health centers. Interviews with users/representatives on the boards were also held, related to two different periods: in 1997, shortly after the end of the administration analyzed and, in 2000, four years after implementation of the forums. It was possible to demonstrate the participation, difficulties, progress and reversals, as well as the discontinuity involved in the functioning of the participation forums. The implementation of mechanisms aimed at democratizing the management of the SUS system were shown to be possible, and does produce positive results, both in improvements of the health services themselves, as well as in the growth of the persons involved in terms of citizenship. The paper also concludes that the continuity and institutionalization of these forums becomes very difficult in governmental situations that are unfavorable to the participation of and control by the population, especially when the representatives do not remain active in grassroots movements and more progressive political parties. In São Vicente, this situation was aggravated by the traditionally weak organization of civil society, as observed in the historical and socio-political background of the municipality.

## 8. BIBLIOGRAFIA E DOCUMENTOS CONSULTADOS :

BODSTEIN, R. C. e FONSECA, C. M. - Desafio da Reforma Sanitária: consolidação de uma estrutura permanente de serviços básicos de saúde - In: COSTA, N. R.( Org. ) - **Demandas Populares, Políticas Públicas de Saúde** - Rio de Janeiro, Vozes / ABRASCO, 1989: 67-90;

BÓGUS, C. M. - **Participação Popular em Saúde** - Formação Política e Desenvolvimento - São Paulo, ANNABLUME e FAPESP, 1998;

CAMPOS, G. W. S., MERHY E. E., CECÍLIO L. C. O. - **Inventando a Mudança na Saúde** - Saúde em Debate - Série Didática - segunda edição - São Paulo, HUCITEC, 1997;

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

CHIZZOTTI, A. - **Pesquisa em Ciências Humanas e Sociais** - seg. edição, São Paulo, Cortez, 1995;

COHN, A. - Mudanças econômicas e políticas de saúde no Brasil - In: LAURELL, A. C. (Org.) - **Estado e Políticas Sociais no Neoliberalismo** - São Paulo, Cortez / Cedec, 1995: 225-244;

COHN, A., ELIAS, P. e JACOBI, P. - Participação Popular e Gestão de Serviços de Saúde: Um olhar sobre a experiência do município de São Paulo - **Saúde em Debate**, 38: 90-93;

**Conselho Federal de Medicina** - JORNAL DO - ANO XV N 116 - Brasília - DF, abril de 2000;

**Constituição da República Federativa do Brasil** - Brasília - DF, Centro Gráfico do Senado Federal, 1988;

COSTA, N. R. - Transição e movimentos sociais: contribuição ao debate da Reforma Sanitária - In: COSTA, N. R. (Org.) - **Demandas Populares, Políticas Públicas e Saúde** - Rio de Janeiro, Vozes / ABRASCO, 1989: 45-66;

DURHAM, E. R. - Movimentos Sociais - A Construção da Cidadania - **Novos Estudos Cebrap**, São Paulo n 10, pp. 24-30, 1984;

ESCOREL, S. - Exclusão Social e Saúde - **Saúde em Debate**, 43: 38-43;

FERNANDES, R. C.- **Privado porém público - O Terceiro Setor na América Latina** - seg edição, Rio de Janeiro, CIVICUS / Relume Dumará, 1994;

GENRO, T. - **Utopia Possível** - Porto Alegre, Artes e Ofícios, 1995;

GENRO, T. - A esquerda e um novo Estado - **Tendências e Debates**, Folha de São Paulo, 7 de janeiro de 1996;

GOHN, M. G. - **Teorias dos Movimentos Sociais** - Paradigmas Clássicos e Contemporâneos - São Paulo, Edições Loyola, 1997;

GOODE, W. J. e HATT, P. K. - **Métodos em Pesquisa Social** - São Paulo, Companhia Editora Nacional, 1972;

HAGUETTE, T. M. F. - **Metodologias Qualitativas na Sociologia** - seg edição, Petrópolis, Vozes, 1990;

JACOBI, P. - **Movimentos Sociais e Políticas Públicas** - São Paulo, Cortez, 1989;

- L'ABBATE, S. - **O Direito à Saúde: da reivindicação à realização.**  
**Projetos de Política de Saúde em Campinas** - São Paulo, 1990, Tese de  
Doutorado, Departamento de Sociologia / IFLCH / USP, Vol I e II;
- Leis Federais 8080 e 8142** - Brasília - DF, 1990;
- Lei Municipal 92 A** - São Vicente - SP, 1992;
- Lei Municipal 92 A - Proposta de mudança**, São Vicente- SP, 1995;
- MATTOS, M. L. - **Recursos Humanos e o novo Trabalhador em Saúde:**  
**A experiência da Secretaria Municipal de Saúde na cidade de São Paulo**  
**durante a gestão do Partido dos Trabalhadores (1989-1992)** - Campinas, 1996,  
Dissertação de Mestrado, Departamento de Medicina Preventiva / FCM /  
UNICAMP;
- MÉSZÁROS, I. - **A Necessidade do Controle Social** - seg edição, São  
Paulo, Ensaio, 1993;
- MINAYO, M. C. S. - **O Desafio do Conhecimento - Pesquisa Qualitativa**  
**em Saúde** - São Paulo / Rio de Janeiro, Hucitec / ABRASCO, 1992;
- MINISTÉRIO DA SAÚDE - **Boletim Epidemiológico AIDS** - Semana  
Epidemiológica 23 a 35, PNDST/AIDS, junho a agosto de 1996;
- MINISTÉRIO DA SAÚDE - Grupo Especial para Descentralização, 1993 -  
Descentralização do SUS: prioridade do MS - **Saúde em Debate**, N 38; 4-17;
- MINISTÉRIO DA SAÚDE - **Guia de Referências para o Controle Social** -  
Projeto Nordeste / I EC, Brasília, 1994;

MINISTÉRIO DA SAÚDE, CNS-Pesquisa: **Avaliação do Funcionamento dos Conselhos Estaduais e Municipais de Saúde** - Relatório Executivo - Brasília, 1993 ;

MOVIMENTO DE SAÚDE DA ZONA LESTE - O Controle do Sistema Único de Saúde pela População - **Caderno de Política de Saúde, n 3**, 1989;

NEDER, C. A. P. - **Controle Social no SUS: A Prática e os Desafios** - In: NEDER, C. A. P. (Org.) - Coleção Debates - Série Políticas Públicas em Saúde - São Paulo, SES / Instituto de Saúde, 1995: 4-7;

NESCO - **Espaço para a Saúde** - Ano 1, N 0, 1988;

NUNES, E. D. - Ciências Sociais e Saúde: Revisão Histórica e Levantamento Atual - In: **Pesquisa Social em Saúde** - São Paulo, Cortez, 1992: 25-44;

OLIVEIRA , L. A. P. e MENDES, M. M. S. - Mortalidade Infantil: uma avaliação de tendências recentes - In: MINAYO, M. C. S. (Org.) - **Os Muitos Brasis - saúde e população na década de 80**, São Paulo / Rio de Janeiro, HUCITEC / ABRASCO, 1995: 291-303;

PREFEITURA DE SÃO PAULO - **Participação e Controle Social no Sistema Único de Saúde** - SMS, junho de 1992;

PREFEITURA DE SÃO PAULO - **Por Detrás da Violência: Um olhar sobre a cidade - Violência nas ações de Saúde** – SMS - Cadernos do CEFOR N 7, 1992;

PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO VICENTE (PMSV) - **Cartilha do Orçamento Participativo** - abril de 1995;

**PMSV - Atas das reuniões do Conselho Gestor do NAPS Matter** de número 1 a 15 - NAPS Matter, maio a novembro de 1996;

**PMSV - Ações da Prefeitura de São Vicente de janeiro de 1993 a março de 1995** - SEGOV - 1995;

**PMSV - Consolidação de dados sobre o município de São Vicente** - versão preliminar - SEPLAN, março de 1993;

**PMSV - Cadernos da Cidade N 1 - Caracterização do Município** - SEPLAN, fevereiro de 1995;

**PMSV - Cadernos da Cidade N 2 - Sumário de Dados do Município** - SEPLAN, dezembro de 1995;

**PMSV - Jornal SV Comunidade - N 1**, SEGOV, 3 a 10/09 de 1993;

**PMSV - Jornal SV Comunidade - N 21**, SEGOV, 25/02 a 03/03 de 1994;

**PMSV - Jornal SV Comunidade - Congresso do Orçamento-** SEGOV, setembro de 1995;

**PMSV - Cartilha O que é Conselho Gestor** - SESASV, 1994;

**PMSV - Cartilha TV Cidadania apresenta: Conselhos Gestores das Unidades de Saúde** - SESASV, GTCS, abril de 1996;

**PMSV - Cronograma de atividades do GTCS para 1996** - SESASV, GTCS, 1996;

**PMSV - Boletim Informativo do Serviço de Saúde de São Vicente N 5**, SESASV, maio de 1996;

**PMSV - Relatório Final de Gerência - CS I** - SESASV, dezembro de 1996;

**PMSV - Perfil Epidemiológico de São Vicente - Subsídios para o Planejamento e Ações em Saúde - SESASV, VISA, 1994;**

**PMSV - Boletim Epidemiológico N 1 - SESASV, VISA, setembro de 1995;**

**PMSV - Boletim Informativo sobre o Cólera - SESASV, VISA, NVE, 1995;**

**PMSV - Estudo da Mortalidade Infantil em SV - 1992 a 1995 - SESASV, VISA, 1995;**

**PMSV - Planilhas de Planejamento e Avaliação de Metas - SESASV, 1996;**

**PMSV - Projetos de Controle Social das Unidades de Saúde para 1996 - SESASV, GTCS, 1996;**

**PMSV - Questionários de Avaliação do Controle Social junto ao SUS em São Vicente - SESASV, GTCS, abril de 1995;**

**PMSV - Relatório Final da Conferência Municipal de Saúde Extraordinária - SESASV, 1993;**

**PMSV - Relatório Final da II Conferência Municipal de Saúde - SESASV, 1994;**

**PMSV - Relatório Final da III Conferência Municipal de Saúde - versão preliminar - SESASV, GTCS, 1996;**

**PMSV - Relatório do I Encontro de Conselhos Gestores - SESASV, 1994;**

**PMSV - Relatório do I Seminário de controle social para Diretores do SESASV - SESASV, GTCS, 1995;**

**PMSV - Relatório do I Treinamento e Sensibilização para Conselheiros da Saúde - SESASV, GTCS, 1995;**

**PMSV - Relatório do I Seminário do Conselho Municipal de Saúde - SESASV, GTCS, 1996;**

**PMSV - Relatório do Seminário de Planejamento do SESASV para 1995 - SESASV, 1994;**

**PMSV - Relatório das Eleições Gerais para Conselhos Gestores - SESASV, GTCS, 1996;**

**PMSV - Relatório das Pré Conferências de 1994 - SESASV, 1994;**

**PMSV - Relatório das Pré Conferências de 1996 - SESASV, 1996;**

**PMSV - Regimento Interno dos Conselhos Gestores de Unidades de Saúde - SESASV, 1995;**

**PMSV - Teses da Conferência Municipal de Saúde Extraordinária - SESASV, 1993;**

**PMSV - Teses da II Conferência Municipal de Saúde - SESASV, 1994;**

**PMSV - Teses da III Conferência Municipal de Saúde - SESASV, 1996;**

**SABROZA, P. C. - Doenças Transmissíveis: ainda um desafio - In: MINAYO, M. C. (Org.) - Os Muitos Brasis - saúde e população na década de 80 - São Paulo / Rio de Janeiro, HUCITEC / ABRASCO, 1995: 177-244;**

**SADER, E. - Quando novos personagens entraram em cena - segunda edição - São Paulo, Paz e terra, 1995;**

**SPOSATI, A. e LOBO, E. - Controle Social e Políticas de Saúde - Rio de Janeiro, Cadernos de Saúde Pública N 8, 1992:366-378;**

VALLA, V. V. (Coord.) - **Participação Popular e os Serviços de Saúde: O controle social como exercício da cidadania** - Rio de Janeiro, PARES / Fundação Oswaldo Cruz / ENSP, 1993;

WESTPHAL, M. F. - **Gestão Participativa dos Serviços de Saúde: Pode a educação colaborar na sua concretização?** - Saúde em Debate N 47, 1995: 41-45;

## 9. ANEXOS:

### ANEXO I - Entrevistas de 1997 - Primeiro Momento

#### ENTREVISTA N 1

Gilda - membro do Conselho Gestor Saquaré-México 70

Gilda, como e quando começou a sua participação nos Conselhos de Saúde?

Bom, começou assim, pela preocupação mesmo com as pessoas, tentando ajudá-las, as pessoas que iam me procurar. Porque eu trabalho numa comunidade e na comunidade as pessoas procuram muito, prá muitas coisas, uma delas é a informação sobre saúde.

Então eu comecei a me interessar e achei que eu participando seria muito mais fácil, né, de tá ajudando as pessoas: orientando, ver o que que a gente poderia tá fazendo, médicos, como eles atendiam, então, aí eu comecei a me preocupar. E também porque eu sou usuária da Poli Saúde do Saquaré- México 70, também precisava e comecei a participar.

Faz mais ou menos 6 anos, mais ou menos isso, comecei participando de reuniões, vendo. Depois aí fui convidada, teve uma eleição pro Conselho Gestor, pra tirar pessoas representantes e daí fui escolhida uma vez, depois mais dois anos fui escolhida de novo, ganhei de novo, ganhei em primeiro lugar com cento e poucos votos e acabei ficando.

E você acha que mudou alguma coisa a participação nestes Conselhos para você e para a saúde?

Olha, pra minha vida mudou bastante, até porque eu conheci muitas coisas, né, passei a conhecer coisas que eu não conhecia: a participação com pessoas, com médicos, com pessoas que eram diretamente da saúde, então isso me ajudou muito. E para as pessoas também eu acho que foi bom porque aí eu pude responder pra elas aquelas dúvidas que eu tinha e que elas vinham me procurar e assim, em relação ao atendimento, enfim .

Então eu acho que mudou muito, inclusive aqui na Polisaúde, mudou bastante depois desta participação, porque a gente tá sempre em contato com o pessoal da enfermagem, com o médico, e aí a gente tá sempre reivindicando ou pedindo explicação, então tudo isso ajudou muito .

E tem resultado para estas reivindicações?

Olha, já tivemos muitas respostas, inclusive assim, pedido de médico, na época que a gente fez tinha um pediatra, depois a gente conseguiu mais um pediatra. A gente conseguiu também do Conselho Gestor, fizemos uma reivindicação sobre a frente da Polisaúde não era calçada, né. A gente fez uma reivindicação e o Prefeito aceitou, foi calçada a frente da Polisaúde que enchia muito, tinha muita enchente, e a gente achou que era melhor a Polisaúde, se tratando de saúde, não ter a frente com a vala aberta. Isto a gente conseguiu há pouco tempo através do Conselho Gestor.

E outras reivindicações: tem, por exemplo, melhorar o atendimento que muitas vezes as atendentes, a enfermagem geralmente não atendia muito as pessoas. A gente em reunião conversava e explicava que as pessoas têm que ser bem atendidas, e com isto as pessoas mudaram o comportamento, como tratar as pessoas, isso eu acho que houve.

E antes de participar do Conselho, você participava de algum outro movimento? Olha, eu desde que cheguei aqui em São Vicente eu sempre participei na comunidade, na Igreja que eu faço parte, sou coordenadora de uma Igreja - Igreja Bom Jesus dos Navegantes do México 70. E daí comecei, através da comunidade a gente vai vendo os problemas e vai indo. Só que esta participação mesmo eu tive desde a gestão passada, que aí sim eu participei mais ativamente. Todas as reuniões eu tava presente, então eu já tinha esta participação, só que mais ativa mesmo foi com a gestão passada, há quatro anos atrás, daí que eu me envolvi mais, eu me envolvi mesmo. Eu estava com as pessoas, com a comunidade e fui participando de tudo.

E agora, Gilda, com estas mudanças na administração municipal, como está a participação na saúde?

Olha, desde que mudou a administração a gente está com dificuldade até nas reuniões porque não tá tendo aquele apoio que a gente tinha antes, então tá difícil. Até agora a gente conseguiu fazer duas reuniões e o pessoal tá desanimado porque não tem apoio, então a gente tá tentando assim mesmo. A gente tá vendo, acompanhando, mas tá assim mais difícil agora. Por exemplo: não vieram fazer visita, a gente já fez, foi feito convite, não vieram. A gente não tá tendo aquele apoio e também até na área da saúde mesmo, na Polisaúde, a dificuldade que a gente tá vendo é assim: colocaram assim muita exigência, muita coisa, remédios tá faltando, não tá vindo como antes. Antes pedia uma cota de medicação, vinha todos os remédios e agora você dificilmente vai lá e consegue remédio, vem aquela cota bem menos do que eles pedem. Os médicos continuam, o atendimento tá o mesmo, mas tem esta dificuldade de medicação e das reuniões que o pessoal tinha mais ânimo, não sei porque, mas tá acontecendo isso.

Os outros conselhos, pelo que eu estou sabendo, não tá muito bom não, não estão se reunindo, não está mais tendo reunião em quase todos eles. E o Conselho Municipal de Saúde, inclusive tinha um nosso representante aqui do Saquaré e a gente até agora não está sabendo o que está acontecendo lá, não temos informação nenhuma. O nosso representante, ele é que falou que parece que não tá tendo reuniões. Como ele está fazendo parte de um sindicato, ele ficou assim meio afastado, mas sempre que eu vejo pergunto como é que tá lá e ele fala que não tá sabendo de nada.

Pelo que eu vejo eu acho que só aqui que a gente ainda tá tentando se reunir. Tivemos duas reuniões, inclusive com o do NAPS, o do NAPS tem, continua, tivemos uma reunião do Conselho junto. Não foi tão assim, não teve aquela coisa que a gente esperava, porque eles já vieram com uma decisão deles, então só participou pra gente do Conselho Gestor aqui do Saquaré. O Conselho Gestor do NAPS queria ter uma conversa com o Conselho Gestor do Saquaré, e nessa

reunião eles já trouxeram tudo decidido, só passou pra gente o que eles iam fazer no Saquaré. Eles estão entrando no Saquaré, agora eles estão vindo pra cá, estão sendo atendidos os pacientes do NAPS aqui no Saquaré, numa sala pequenininha que tem, mas eles estão tentando fazer um galpão na Unidade e eles já trouxeram tudo pronto: a gente vai fazer um galpão, a gente só tá comunicando que vai fazer. Então, a gente não pôde nem falar nada.

A gente está tentando, com todas as dificuldades se reunir, a gente convidou o Secretário de Saúde, que é o doutor..., ficou de vir mas não veio ainda fazer uma visita prá gente até tá falando sobre o Conselho Gestor, não tivemos oportunidade ainda. Então tá assim, né, os outros eu tenho certeza parece que não tão funcionando.

Gilda, quais as coisas boas e os principais problemas que você vê na participação nos Conselhos?

Se foi bom a participação desse Conselho? Olha, no Conselho eu aprendi muita coisa, inclusive teve vários treinamentos como tuberculose, teve sobre aidéticos, e nestes treinamentos eu aprendi muito. Inclusive teve uma pessoa aidética que antes eu não sabia como cuidar e depois desse treinamento eu passei conhecer, ver como agia, como fazer e levei uns pacientes pra ser internados há pouco tempo, foi em dezembro, novembro, por aí. E internou através desse conhecimento meu, porque antes eu não tinha, tinha medo da doença, aí depois não, eu já sabia como lidar.

O treinamento de tuberculose também me ajudou bastante porque foi tudo uma explicação como lidar, qual é a doença, e a gente sabe que aqui na nossa área têm muitas pessoas que têm tuberculose, então foi bom.

A dificuldade disso tudo que a gente vê, apesar desses treinamentos todos, a dificuldade mesmo ainda continua. Vamos dizer assim, atendimento tem, mas as pessoas ainda sofrem com isso, porque é difícil, às vezes, nem sempre conseguem consulta, é muito difícil conseguir o tratamento.

Mas, tem esta dificuldade, o local aqui é muito difícil, as pessoas têm dificuldade porque o local aqui não tem saneamento básico nenhum. Então. As pessoas vão ter que conviver diariamente com este problema das enchentes, das valas abertas. A gente falamos muito isso no Conselho Municipal de Saúde, sobre este problema do saneamento básico e até agora a gente não viu resultado, então este é o problema maior, porque a gente falou o tempo todo e não conseguiu. Não adianta nada ter todo um tratamento se não tiver saneamento básico, porque a gente vai conviver com aquilo lá o tempo inteiro. Agora mesmo teve uma enchente, o pessoal teve que enfrentar água dois dias, fica difícil prá ter uma saúde boa se não tem o saneamento básico.

Até teve o início do aterro, iniciou o aterro do México 70, só que aí teve problema com a draga, a draga quebrou, o Estado mandou uma draga velha. Então a Prefeitura não teve condições de consertar, consertava e quebrava, vivia quebrando, conclusão: teve que parar com o aterro. Mas, olha, aterrou bastante a área do México que era baixa mesmo, subiu bastante o nível de aterro, isso ajudou bastante, só que aí não deu pra terminar a urbanização por este motivo, a mão de obra era pouca e a draga não funcionou.

E agora, me parece que tão falando que o Governador teve aí e falou que vai recomeçar, só que ainda não recomeçou, porque eu tô lá todo dia no México 70. Falaram que iam mandar duas dragas e até agora não sei, não começou.

Gilda, qual a importância que você vê na participação nos Conselhos?

Olha, o Conselho Municipal de Saúde e o Conselho Gestor eu acho muito importante porque além das pessoas participarem, ficar conhecendo muitas coisas, é o melhor meio pra reivindicar tudo aquilo que a gente quer e que a gente nunca tivemos oportunidade. Agora foi uma oportunidade assim que a gente pode falar, reivindicar, brigar mesmo, no Conselho a gente brigava por aquilo que a gente queria. Foi o melhor jeito da gente falar o que a gente sempre quis que resolvesse. Então, eu acho que a participação das pessoas no Conselho Municipal de Saúde e Conselho Gestor é muito importante mesmo, porque de outra maneira você não tem como reivindicar o problema da saúde que a gente vê que é uma situação bem crítica. O Conselho Municipal ajuda as pessoas a estar vendo os problemas e tem que colocar, pra depois sim a gente estar cobrando, eles dão abertura e é o único meio que a gente tem: reivindicando através dos Conselhos.

São Vicente, abril de 1997.

## ENTREVISTA N 2

Maria de Fátima - membro do Conselho Gestor NAPS Matter

Fátima, como começou a sua participação junto aos Conselhos de Saúde?

Eu, pela minha curiosidade, quando o Dr. Haroldo me convidou para ir lá no Conselho Municipal, aí eu fui, gostei, achei interessante. Eu poderia estar sabendo não só da saúde mental, mas poderia estar sabendo da saúde em geral. Fui como ouvinte porque tinha o vice que representava a Associação Maluco Beleza, aí depois ninguém nunca ia, então eu fiquei sempre indo, foi o ano retrazado ou passado, não me lembro direito.

Eu achei legal porque pude participar de seminários, da tuberculose. Até me apavorei, assim quando cheguei lá no treinamento: eu tô tratando tuberculose e me convidaram pra isso, eu achei até uma coisa esquisita, mas foi bom porque eu aprendi muita coisa que eu posso tá passando pra outras pessoas.

E no Conselho não só as palestras que eu tenho participado, mas muitas coisas gerais que eu escuto lá posso estar ajudando, explicando como conseguir, como procurar, que tem isso, que não tem aquilo. Olha, nós temos um Laboratório inaugurado que muita gente parece brincadeira, mas muita gente aqui em São Vicente não sabe. Então, foi através do Conselho que eu fiquei sabendo também dos convites das Polisaúdes.

Você começou participando de qual Conselho?

Eu era apenas ouvinte no começo. Eu fui pela Maluco Beleza, que é uma associação que a gente fez para ajudar os usuários e familiares em geral, ela é feita mais pelos usuários e familiares. Podemos estar tendo outros associados que se interessem pela nossa luta, pelo que a gente imagina fazer. Muitas coisas

que a gente pensou em fazer ainda não deu e a gente através da Maluco Beleza participa da Luta Antimanicomial, das viagens, dos Seminários. Eu era usuária do NAPS, eu faço tratamento há 32 anos, estou com 42, já tenho várias internações... Eu aprendi o que é o NAPS em Salvador, a gente tinha um espaço assim, tinha algum direito. Eu sou operada porque louco não podia ter mais filho e eu já tinha uma. Aí em Salvador eu aprendi que podia ter espaço de viver. Eu era dependente e não recebia pagamento, tenho procuração registrada em cartório.

Ainda tenho medos, têm várias coisas, mas hoje não, hoje eu consigo ir no banco receber meu pagamento, hoje eu consigo discutir. Se eu achar que você está errada eu vou falar, coisa que antes eu tinha aquela de querer sempre não falar porque ninguém ia achar. Continuo assim, eu só falo quando eu vou numa consulta que eu faço tratamento psiquiátrico depois, porque o tabu existe, preconceito existe, então se você fala logo que você faz tratamento psiquiátrico você não é tratada igual a uma pessoa normal.

Primeiro eu comecei a participar do Conselho Municipal como ouvinte, não como que nem eu sou hoje, hoje eu sou indicada pela Maluco Beleza.

Foi assim um pouco de curiosidade eu entrar na Maluco Beleza. O Dr. Haroldo psicólogo tava lá fazendo as Ikebanas aí eu falei assim: posso ver? Aí me deixaram ver, eu participei, mas tudo assim, não que alguém me convidasse, eu mesma é que tentava participar dos grupos. E ele, o Haroldo psicólogo, ele era meu psicólogo. Aí um dia, como tinha muita gente, ele me passou pra outra psicóloga. Aí hoje eu ainda brinco com ele assim, que já que ele não me quis e passou pra outra psicóloga, por isso que eu perturbo muito ele.

E nessa eu gostei, acho super interessante o que é a Luta Antimanicomial, que é acabar com os manicômios, os maus tratos, eu acho uma coisa muito importante. Muita gente me critica porque eu não ganho nada, é um trabalho sem remuneração, mas eu ganho: eu ganho experiência, me ajuda psicologicamente. Porque eu mesmo doente, que nem eu acho que eu tô meio deprimida, no dia 14 como teve o Conselho, agora que realmente eu sou representante no Conselho, eu pude estar discutindo, comentando com outras pessoas, discordando de certas coisas, eu acho que não é como era.

Fátima, você acha que mudou alguma coisa para você e para a saúde a participação nos Conselhos?

Olha, a participação no Conselho é muito importante pois nós usuários ou da saúde mental ou da saúde clínica, de qualquer saúde podemos estar participando, poder dizer. Porque o médico vai lá e estuda e nós é que sentimos as coisas. Eu acho muito mais fácil a gente estar batalhando por uma melhora porque nós que no dia a dia sentimos a dor de cabeça, dor de ouvido, dor de garganta. É muito mais fácil a gente discutir como tratar.

Eu achei importante o Conselho Municipal porque ele dá um espaço do usuário que não tinha isso, de estar participando, dando suas idéias, o que pode ser melhor ou concordando, mas é uma coisa em conjunto: é a participação do usuário, trabalhador e o Diretor da entidade. Porque antigamente era assim, só eles mandavam, só eles sabiam o que era certo, nós nunca estávamos certos. Eu ganhei internação porque eu achava que o médico não tava certo: ele ficava me dando remédio, eu ia na farmácia e comprava, mas eu cansei de tentar dialogar e

aí ganhava uma internação com esta reivindicação que hoje é mais fácil fazer. Não porque eu participo do Conselho, mas é mais fácil qualquer usuário estar fazendo, qualquer usuário da saúde mental, do Centro de Saúde, do Saquaré, daqui do Humaitá, é muito mais fácil o usuário estar tentando o espaço dele. O médico não tá atendendo legal, a gente vai tentar, vamos se unir, vamos levar ao Conselho.

Agora participando do Conselho Gestor é uma coisa também que eu acho muito importante. Fiquei com medo, não sei se a minha crise foi essa porque eu achei que isso poderia acabar. Nós estamos tendo uma participação boa, o Dr. Rebouças tá participando com a gente, a Dra. Hayden vai de vez em quando, mas o Dr. Rebouças vai. Eu perguntei, me preocupei, e eu acho que com o Conselho Gestor é muito mais fácil funcionar, é muito mais fácil conseguir as coisas. Isso porque aí tem a participação do usuário, dos trabalhadores e da Diretoria e o Movimento Popular não ia ter esta participação. Se a Diretoria não quisesse participar não ia ser Conselho Gestor, ia ser Movimento Popular, então ia ter a população brigando por alguma coisa e quando a gente briga sozinho é mais difícil.

Uma coisa que eu colocava no NAPS que eu achava importante, na outra administração, é que a gente não precisava estar levando tudo para o Conselho Municipal, a gente decidia muitas coisas conversando com a Diretora da Unidade, dialogando. É uma coisa que agora tá meio assim, este ano não está, eu tenho escutado críticas.

A minha irmã acha que eu me preocupo demais, mas é meu jeito. Hoje eu não estou lá internada, eu estou fazendo HD, só dia porque fui obrigada, senão não como. Eu acho que fiquei pior por causa disso: me negar um prato de comida, o dia que eu comi eu fui chamada atenção porque eu comi no NAPS.

Com as mudanças na Administração Municipal, como está a participação na Saúde?

Pelo que eu vi das 2 reuniões que eu participei, eu faltei uma, do Conselho Municipal. Eu participei da primeira, que foi adiada, eu achei que nem devia mas levantei e falei, porque antes era votado, mas tinha que ter quorum para votar, agora não tem nem ata. Eu recebi uma carta que chegou atrasada pra discutir a ata que você ainda ia ler lá, a gente nem sabia, tinha discutido já há dois meses. Era mais fácil do jeito que era, apesar que o Secretário, foi colocado que agora vai ser assim. Eu tive uma defesa, de várias pessoas, porque eu nunca falto em reunião, só no último caso, mesmo, foi dia 31 e eu recebi a carta dia 1, não dava para ir na reunião.

Pelo pouco tempo que o Dr. Rebouças tá com a gente, ele tá participando muito do Conselho Gestor do NAPS. Eu penso que a participação do Dr. Rebouças no Conselho Gestor é o que está conseguindo o Conselho Gestor continuar, ele não tá preocupado só com o Conselho Gestor, ele tá preocupado com a saúde mental em geral.

Até com a Associação, nós conseguimos quarta-feira agora uma reunião com o Secretário de Saúde. Então, eu acho que não foi privilégio dele, é um direito que nós temos, mas nós conversamos, explicamos os nossos problemas e ele tá querendo nos ajudar. Porque a minha maior preocupação não é que o NAPS

feche, é que fique precário, voltar como era antes: você tomar sossega-leão, você ser amarrada, você levar choque... É aberto, mas voltar a ter todas estas coisas, então a minha maior preocupação é esta.

Hoje nós sabemos que o NAPS não vai sair dali, mas no começo tava aquela história que o NAPS ia pra um lugar longe, eu acho que um lugar longe não tem acesso. Eu mesma, eu gasto quase 1 hora pra chegar lá. Agora, se for prá onde ia, prá Praia das Vacas, aí eu nem iria, eu iria aqui pra Cubatão que é mais perto. Eu já fiz isso, eu morava no Japuí e me tratava na praia Grande, eu não me tratava aqui em São Vicente antes de ter o NAPS. Eu fiz isso e muitas pessoas fazem aqui no Humaitá, vão se tratar na Praia Grande porque é muito mais perto que daqui a São Vicente.

Eu estou achando assim, esse negócio da comida, mudou muitas coisas, realmente.

Eu não sei se estou certa, eu venho escutando uma reclamação e saí muito triste da última reunião que nós tivemos no Conselho Municipal, porque eu não sei, ficaram muitas coisas indefinidas, muita coisa está no ar, saí muito nervosa e triste. Então, eu coloquei pros usuários quando eles me cobram. Eles sabem que você faz tratamento psiquiátrico, mas como eles quase não me vêem assim, ou chorando, ou numa crise ou numa depressão, então eles vem prá cobrança, um pouco. Hoje eu sou a Presidente da Associação, mas hoje eu não estou fazendo nada, bem dizer, quando eu não era, parece que eu tive a chance de fazer muito mais. Mas eu procuro fazer o que posso, mesmo eu estando em depressão, eu estando com os meus problemas no dia a dia.

Então está colocado o problema da comida: a comida no NAPS foi reduzida, os HD têm que ter um contrato. Realmente eu participei da Prestação de Contas do Conselho Municipal e vi que a despesa é cara, mas eu pude colocar pros outros colegas que estavam lá na Prestação de Contas como era a comida do NAPS, que muitas vezes você podia repetir, você podia escolher, era bom isso. Eu já troquei cigarro prá comer um pão a mais, internada nos Hospitais, e no NAPS não, a comida podia ser cara mas era uma comida boa e os usuários tinham direito de dizer hoje eu não quero feijão, eu não como feijão.

Agora foi reduzida a comida por causa do gasto que era bem alto e de dois dias pra cá começou a vir marmitex, então marmitex é mais difícil você dividir. E pra alegria nossa roubaram os dois botijões que tinham lá, porque as meninas da noite, quando sobrava elas estavam esquentando com álcool e nós estamos vendo como vai ser, se vai comprar outro. Eu vim tão desesperada sexta-feira que por mim eu levava um dos meus. Acho que me preocupo demais, mas é que eu poderia estar no lugar deles e eu não gostaria de estar comendo uma comida fria. E também, às vezes eu fico quase todo dia lá e às vezes eu não como e às vezes eu como.

Só que eu fiquei sabendo sexta-feira que não tava tendo uma dosagem de comida boa, quarta-feira mesmo tinha mais gente do que marmitex, mas a gente deu um jeitinho e todo mundo comeu. Aí quando eu cheguei lá sexta-feira eu fiquei sabendo que HD não janta, aumentou no almoço e diminuiu a da janta, tanto que eu passei pro Haroldo japonês e ele tá vendo com o Dr. Rebouças, porque tem pessoas que precisam, tem HD que vai embora cedo, mas tem HD que não vai, a família vem buscar mais tarde.

Eu acho que tomando nossos remédios a gente precisa de um boa alimentação, até que eu brinco muito porque na minha casa eu não tenho fome e lá vendo todo mundo comer, o João mesmo que come tão bem, aquilo me dá fome. Eu não como igual a ele, eu como pouquinho, que é o meu jeito, mas eu acho que ver ele comer, eu não tô sozinha também. Às vezes aqui em casa eu tô sozinha ou com minha filha e não me dá fome, eu acho que me sinto só, depois da perda do meu marido então, eu lembro que a casa era cheia de gente e agora não tem isso aqui.

Você lembra alguma coisa que marcou mais a sua participação nos Conselhos? A gente conseguiu no Conselho Gestor resolver muita coisa: funcionário que não queria trabalhar, tratava paciente como se fosse antigamente, teve funcionário que até bateu na usuária e ele não tá mais lá. Eu acho isso importante e foi através do Conselho Gestor que nós conseguimos isso, nas reuniões isso foi votado. Um outro funcionário também, tivemos uma boa conversa, ele participou do Conselho Gestor e hoje nós achamos que ele mudou muito. Ele é uma pessoa legal, mas ele tava entrando na do colega e hoje ele tá com a gente, eu acho que estas coisas foram importantes.

Muita gente eu acho que não vai muito com a minha cara, não porque eu sou do Conselho Municipal de Saúde, eles nem sabem. O que eu escutei na segunda-feira retrazada, quando me chamaram atenção porque eu comi lá: eu tava todo o dia correndo prá resolver problema que é de interesse de usuário, como de funcionário e não foi a primeira vez que me negaram comida. Aí a menina, depois que todo mundo já tinha comido, ela me ofereceu aquilo que talvez fosse jogar até fora e eu aceitei. Então, uma enfermeira falou lá e eu escutei que eu tava assim com o Secretário da Saúde. Mas a gente não tá assim com o Secretário da Saúde, a gente tá tentando é ter a chance de ir lá e reivindicar alguma coisa que a gente precisa.

Eu gostei muito da reunião que a gente teve quarta-feira, muitas coisas que a gente reivindicou, pediu pro NAPS, ele só colocava uma coisa: - vai ser bom pro NAPS? A preocupação é essa se vai ser bom, eu achei legal isso. Nós tivemos reunião com o Secretário da Saúde Eduardo Palmieri. O Dr. Rebouças participou, ele está acompanhando dos dois lados, da Maluco Beleza e a Festa que nós vamos ter agora no dia 18, ele tá ajudando a gente a programar. As oficinas, ele mesmo foi lá comprar porque tava tudo parado.

Eu acho que quando você muda de uma casa para outra você tem que arrumar a casa, não é? Eu não sei se eu estou certa, eu acho que apesar que já estamos em abril, eu acho que a casa tá arrumando. Quando você estava na casa antiga você sabia onde estava aquele copo, agora, na casa nova as coisas têm lugares diferentes. Eu não sei se eu quero me convencer disso pra dar mais um tempo prá ver se melhora mais e estou tentando convencer os meninos.

A gente vai ter uma reunião da Maluco Beleza prá resolver o que vai estar passando, vai estar colocando um ofício lá na parede do que vai acontecer. Eu apenas disse que ia melhorar na quarta-feira, que eu tava feliz com algumas coisas, aí eu chego na sexta-feira e os meninos falam prá mim: - Poxa, Fátima, você disse que ia melhorar e piorou... Só que não é dum dia pro outro, aí eu coloquei esse negócio de estar arrumando a casa, que a gente não tá parado, a gente tá correndo atrás.

Uma coisa que me preocupa agora é a Lei 92-A, é a lei que legaliza os Conselhos Gestores, não legaliza o Conselho Municipal, que pelo que eu tava sabendo o Conselho Municipal era legalizado. Fiquei sabendo na semana passada que o Conselho Municipal não é legal. Aí eu coloquei: - E a verba que nós estamos recebendo pelo Conselho Municipal porque nós temos Conselho?

Eu estive no Seminário no SESC e eu escutei do Adib Jatene, ele não falou na televisão, ele falou prá todos que estavam ali, eu vi ali pertinho, que o Conselho Gestor de São Vicente e o Conselho Municipal ele era reconhecido no Brasil todo porque tava dando certo, foi em setembro do ano passado. Ele agora não é mais Ministro, mas foi uma coisa que eu achei importante e que ficou na minha mente. E quando eu fico sabendo que não é uma coisa legal, não é lei e precisa ser votado na Câmara, então eu acho que o mais rápido possível devia tá levando aos vereadores para votar. Porque o ano passado ela foi negada e ela não podia ser duas vezes no mesmo ano. Então, agora ela já devia estar lá para ser legalizada.

São Vicente, abril de 1997.

### ENTREVISTA N 3

Maria Eurides - membro do Conselho Gestor do Parque das Bandeiras e do Conselho Municipal de Saúde

Maria Eurides, como começou a sua participação nos Conselhos de Saúde?

Nós tínhamos um trabalho na Comunidade, na Associação, enquanto coordenação, na época do Núcleo da Associação de Moradores da Baixada Santista e tivemos o convite por parte do pessoal da saúde prá gente tirar propostas prá Pré Conferência e eu me lembro que na II Conferência Municipal de Saúde eu saí enquanto Pastoral da Criança, enquanto delegada, aqui mesmo na Gleba II, que na época eu também trabalhava com a Pastoral, com a Igreja. Eu era líder comunitária e também pesava as crianças, nós tínhamos o controle das crianças aqui.

Então, eu participei da II Conferência também e aí começou o meu envolvimento com a saúde na verdade, representando a Pastoral da Criança enquanto saúde.

Eu era líder comunitária da Pastoral da Criança, pesava 50 crianças, a gente fazia o lanche, a comida alternativa, tinha um diálogo com as mães, a gente orientava no uso do soro caseiro, então, a gente já tinha um trabalho com as crianças.

Depois eu deixei de atender a Pastoral da Criança, até por conta dos trabalhos que surgiram e eu comecei a trabalhar com a Associação de Moradores. Então, nisso também tivemos o convite para estar participando, indicando propostas, reivindicando, junto da comunidade ver o que o pessoal queria, o que era mais importante prá gente, enquanto Conselho Gestor.

Enquanto Conselho Gestor a idéia era assim: que cada bairro tivesse uma pessoa, que as pessoas fossem eleitas, que tivesse votação. Tinha uma data de inscrição, onde a gente se inscreveu. Eu me coloquei porque achei que era um trabalho que a gente fazia e que a gente queria tá junto, fiscalizando, sabendo como é que andava as coisas na Unidade e aí eu me coloquei onde a população votou. De fato, até pelo conhecimento que eu tinha, inclusive eu consegui boa

parte de votos, eu acho assim, talvez nem tanto pelo conhecimento técnico, mas pela força de vontade, até pelo sofrimento do dia a dia das pessoas, a gente começou este trabalho. Aí consegui ficar dentro do Conselho Gestor da Unidade. E você acha que esta participação mudou alguma coisa para você e para a saúde?

Eu acho que sim. Pra mim eu acho que a gente vai crescendo cada dia que vai aprendendo mais, a gente vai sabendo brigar pelos direitos, vai sabendo até onde você pode estar discutindo. A gente conseguiu alcançar bastante.

Nunca, jamais, eu me colocava, enquanto dona de casa, saber que eu podia estar lá no Conselho Municipal de Saúde discutindo, reivindicando, vendo como é que eles estavam lidando com a saúde na cidade. Eu acho que isso foi um crescimento pra mim.

E pra saúde eu acho que as reivindicações que a gente levou e que a gente tá trazendo ainda na discussão, eu acho que só vem acrescentar. Eu acho que tudo que tá lá é que o povo tá pedindo.

Você lembra de algum resultado desta participação que tenha ficado marcado para você?

Eu acho que a gente teve, por exemplo a Unidade aqui do Parque, a gente tinha um Pronto Socorro que, de repente, junto com este trabalho dos Conselhos, a gente pode hoje tá dizendo se falta médico, se o médico não tá atendendo direito. A gente pode estar reclamando, brigando pra que o médico traga um atendimento melhor para a população, que ele cumpra o seu dever de médico, de estar ali atendendo.

E acho que isto de alguma forma já teve resultado, nós tivemos algumas reclamações, a gente passou para o Conselho. É muito pouco tempo, mas eu acho assim. No espaço que a gente tem, na época a Polisaúde, apesar de ter sido reformada, ela não tinha rampa. O pessoal conseguiu fazer bingo junto a população e a gente arrecadou verba e foi feita a rampa para a Polisaúde. Com o restante do dinheiro a gente conseguiu fazer a cobertura do tanque da área de serviço da Unidade. A medida que pode, que surgem os problemas, a gente no que a gente pode é isto, a gente pode estar acrescentando alguma coisa.

Conselho Municipal pra mim por enquanto, tudo que tá lá, dentro do que houve ainda, eu acho que ainda tá muito lento. Por que o trabalho que houve, pelo menos até aqui, a gente ainda não teve tanto retorno, por que as reivindicações que a gente pediu, que seria o rádio da ambulância, ainda não veio por conta de verba. Isto é o que eles alegam não ter para estar encaminhando desde o meio do ano passado.

Quanto ao Hospital São José, para que atenda realmente a população, eu acho que o atendimento ainda é precário, ainda é pouco. O que a gente queria era que tivesse mais abertura de leitos com atendimento melhor. A gente sente que ainda não tá da maneira que o povo gostaria, mesmo o povo tem receio pelo hospital, acho que é uma coisa que ainda marca muito. Neste sentido a gente viu que ainda não acrescentou muito, eu acho que precisa ser muito mais trabalhado.

Dentro do conselho está muito em cima disto: os problemas do Hospital São José, a mudança de governo, tá muitas coisas paradas ainda, acho que ainda não acrescentou muito a nível de Conselho Municipal que eu percebesse.

O que você achou mais positivo na participação nos conselhos e quais os principais problemas?

Eu acho que o bom é assim, porque você consegue além de conhecer o problema do teu bairro, você tá levando os problemas da Unidade pra lá, você consegue ver que dentro dos outros bairros a gente também tem pessoas com problemas diferentes ou às vezes com os mesmos problemas, a gente começa a conhecer um pouco mais a cidade até pelos movimentos. Eu acho que isto é bom, porque de repente a gente acha que só no nosso bairro tem problema, só a Unidade daqui tem problema, enquanto às vezes outras são piores.

Então, eu acho que o Conselho também serve pra isso, até para você avaliar, não, eu tenho uma necessidade mas eu sinto que a outra Unidade tem uma necessidade maior. A gente consegue ter este equilíbrio, eu acho que isto tá acontecendo, se anda a medida que vai tendo as necessidades, também.

Olha, o principal problema que eu estou sentindo, pelo menos a diferença que eu estou sentindo neste governo é a distância. Eu acho que é diferente o atendimento - tratamento que a gente tinha antes, isto a gente percebe.

Por outro lado, eu acho assim, a sensação que a gente tem é que eles ainda não começaram nada. Eles não sentaram pra ver a saúde como é que está, partindo de documentos. Inclusive na última reunião do Conselho a gente teve a certeza que eles não tem conhecimento nem de quem está dentro do Conselho.

Então eu acho assim, é triste ver a situação desse jeito. Saber que a doença não espera, ela tá ali 24 horas por dia, então eu acho que eles precisam ser um pouco mais atentos.

Pra mim a participação é fundamental pra saúde, veja bem, eu começo a avaliar desta forma, de repente eu não posso ser mais clara, mas eu penso desta forma: Meu pai trabalhou anos e anos, todo mês lá na carteira dele ele tira aquele dinheirinho pra descontar INPS, aquele dinheiro era sagrado, todo mês. Meu marido trabalhou tanto tempo, o dinheirinho tinha que descontar todo mês, eu mesma quando trabalhei descontava todo mês.

E a gente começa a avaliar assim, puxa vida, descontou tanto dinheiro e uma hora que você precisa de um atendimento você não tem?! Pra você ter você tem que novamente tirar dinheiro e ir lá pagar, aí eu fico triste. Muitas vezes a pessoa pensa, fulano tem, tudo bem, e o resto? E aquele pai de família que ganha o salário vergonhoso, que de repente não dá mal para comer, mal tem o dinheiro da condução pra ir pro Hospital e de repente dizer que tem que se pagar um convênio, como?

Eu acho que isto é uma vergonha, porque na verdade a saúde fica assim, as pessoas ficam a mercê, mesmo.

Pra mim é uma falha muito grande no sentido de você procurar um Hospital e você não ter o atendimento quando você precisa, porque ninguém vai ao hospital por brincadeira, eu acho que isto não acontece.

Principalmente quando você tem a vida dum filho nas mãos, ali, é muito duro você precisar do atendimento e não ter... Esta experiência eu tive o ano passado, meu filho, eu fico pensando, eu perdi, faz um ano que eu perdi e isto foi uma coisa que marcou muito pra mim. Eu acho assim, será que de repente se eu tivesse tido o

atendimento de melhor qualidade ele não teria conseguido?... Será que de repente se o Hospital tivesse assim, dado início ao tratamento já no primeiro dia ele não tivesse conseguido? Será que não houve falhas médicas mesmo? ...

Sabe, então são situações que a gente fica a mercê mesmo.

Eu sou católica, a gente confia muito, acha que tudo bem, a gente tem vida hoje e a gente sabe que amanhã a gente morre, mas com 18 anos?... É muito duro você avaliar assim. Então, eu acho que pra não entrar em desespero eu coloco muito na mão de Deus, tudo isto.

Mas eu acho assim, a saúde, se a gente não souber mesmo brigar por ela, a gente não ganha.

Naquele dia eu acho que por eu, talvez até a minha tensão, até senti, porque eu acho que mãe sente quando as coisas não tá legal, eu acho que não tive nem a reação mais monstruosa que uma mãe poderia ter, porque se eu tivesse tido, eu acho que eu teria tomado outra situação, talvez.

Eu fiquei muito confiante no atendimento, mas a gente percebe que o tratamento ainda humanizado nos hospitais precisa ser muito controlado. Eu acho que em alguns momentos a gente percebe que o funcionário ele é mal pago, mal remunerado e com isso ele acaba trazendo os problemas também para o paciente que chega no hospital. Isso eu também senti naquele dia, eu achei que o pessoal não sei se é porque já percebia que ele não ia agüentar, não ia conseguir, foi de uma forma assim meio fria...

Mas eu acho assim, qualquer ser humano, por pior que seja, por mais pouco tempo de vida que tenha, ele tem que morrer com mais tranqüilidade, eu acho que pelo menos isso... Então, são coisas que a gente fica assim, tá?

E agora com a nova administração municipal, como está a participação na saúde? Algumas, até por isso, porque, veja bem, enquanto a gente teve o outro governo a gente pelo menos tinha esperança. Estavam as coisas tudo andando, tudo se encaixando, as propostas foram tiradas, a gente tinha todo este trabalho colocada pela população. A gente tava confiante que o novo governo que assume começasse a dar início a este trabalho e até agora a gente não viu nada, eu acho que as coisas continuam no mesmo.

São Vicente, abril de 1997.

#### ENTREVISTA N 4

Santo Bordinhon - Membro do Conselho Gestor do Centro de Saúde

Seu Santo, como começou a sua participação junto aos Conselhos de Saúde?

A minha participação foi convocativa. O Serviço de Saúde da Administração Municipal convocou todas as entidades de bairro, sindicatos, igrejas para que enviassem um membro para participar dos Conselhos, por intermédio de uma eleição em que o cidadão depois de se identificar, depois de propor, depois de dizer que quer trabalhar, ele seria então escolhido lá dentro para compor o Conselho.

E assim, eu comecei a participar do Conselho Gestor do Centro de Saúde, fui pela Sociedade Amigos do Catiapoã, a qual recebeu esta correspondência do

Serviço de Saúde, do seu Superintendente, esta Sociedade fez uma escolha e coube a mim e ao Murilo Rocha, nós fomos em dois. Fomos ao Centro de Saúde e lá ficamos sabendo o motivo daquela convocação, que seria a formação de um conselho de usuários, trabalhadores e administradores para apoiar, dar apoio ao funcionamento do Centro de Saúde. Nós dois, eu e o Murilo, fomos escolhidos titular e suplente.

A partir daí, com minha participação que eu achei que era válida, que era preciso, eu fui continuando, participando dos movimentos, das reivindicações.

A mais importante foi a reforma do Centro de Saúde, foi uma batalha difícil, dura, desgastante, às vezes nos deixava irritados. Tivemos que ir em bloco lá na DIR XIX e nos bater com o Diretor, Dr. Di Renzo, e fazer ver a ele que São Vicente tinha por mérito um Centro de Saúde a altura da população, a altura das necessidades da população, a altura da carência da gente de São Vicente, que é uma cidade composta de pessoas pobres, que não têm absolutamente capacidade financeira para arcar com sua própria saúde.

Então aí eu continuei trabalhando neste Conselho Gestor e do Conselho Gestor fui pra um órgão um pouco mais abrangente que é o Conselho Municipal de Saúde, e estou até hoje no Conselho Gestor do Centro de Saúde esperando a sua reativação.

Seu Santo, o senhor já participava de algum movimento antes?

Já. Esta pergunta me faz lembrar um questionamento numa das Pré Conferências que fizemos aqui no Sindicato dos Ferroviários, preparação para a III Conferência e as outras anteriores também fizemos, Conferência Municipal de Saúde.

Um dos meus companheiros me questionou, ele fez uma pergunta que eu não achei ruim não, ele tava certo, existem muitos que só agora daqui pra frente, quando sente alguma necessidade é que vão participar. Então, ele fez a seguinte pergunta: - Por que só agora, você, com 69 quase 70 anos está participando, está ajudando aquele que não tem condições de ganhar uma saúde ? Então, eu expliquei pra ele o seguinte: - Não é só agora...

Eu quando tinha meus 16 ou 17 anos, eu era telegrafista em Botucatu, recém formado numa escola profissionalizante, curso de formação no transporte, e nós deparávamos com um problema de saúde entre os ferroviários muito mais grave. Tínhamos em mãos a Caixa de Aposentadoria dos Ferroviários da Estrada de Ferro Sorocabana, concentrava-se em São Paulo todo o movimento de saúde do ferroviário, toda extensão da Estrada de Ferro Sorocabana vinha pra São Paulo. Então, o que fizeram os ferroviários ? Nós temos que ter um Hospital. Fizemos um movimento, eu fui um dos que assinou o abaixo-assinado para o Presidente da Caixa de Aposentadoria, faz muito tempo, foi em 1944-45, eu fui um dos que assinou o abaixo-assinado e fui considerado um dos fundadores do hoje Hospital Sorocabana em São Paulo, fui sócio e depois saí. Esse Hospital pertencia à Caixa de Aposentadoria dos Ferroviários da Estrada de Ferro Sorocabana, ele já era administrado por diretores da Caixa, diretores da Estrada de Ferro e funcionários da própria Estrada de Ferro. Já naquela época era preciso a participação da comunidade, só que de maneira um pouco diferente de hoje, eles eram indicados e hoje escolhe-se, elege-se. Esse Hospital partiu para a construção de um hospital em Botucatu, ainda existe, não sei nas mãos de quem está.

Posteriormente, nos deparamos com um outro problema, também envolvendo saúde e assistência social ao filho do ferroviário. Aquele ferroviário que morria em acidente de trem, naquela época os trens eram puxados, nós falávamos, rebocados por locomotivas a vapor, lenha, e quando tombava uma locomotiva, aquela equipagem da máquina era a primeira a ser atingida, eram três pessoas: um maquinista, um foguista, um graxeiro, as funções deles não há necessidade de explicar porque o próprio nome diz. Então, existia uma peça na locomotiva que rebentava e soltava aquele vapor quente pra trás.

E aonde ia o filho dele? Fundamos, então, eu sou fundador, eu pago até hoje, o Orfanato Humberto Campos em Sorocaba. É uma fazenda antiga do Estado, o Estado cedeu para abrigar órfãos de ferroviários. Mas surgiu outro problema: como órfão? Órfão é aquele que não tem pai e mãe e nós nos debatemos, participei também... Ele tem mãe, mas a mãe é mais carente do que ele. Então, o que se resolveu? Mudou para atender o filho do ferroviário que não tem condições de subsistência. Então aquele orfanato passou a ser um escola profissionalizante, o menino entrava ali e com 18 anos ele saía com emprego garantido nas oficinas de conserto de locomotivas da Sorocabana em Sorocaba, ou então para a indústria têxtil que tava crescendo.

Hoje o orfanato não é mais orfanato, é Instituto Humberto de Campos, no meu hollerith vem todos os meses desde 1944-45, por aí, o desconto em folha, hoje está em três reais, é pouco, mas eu continuo colaborando com o Instituto Humberto de Campos. É grande, é uma fazenda, a gente fica as vezes ao par que já não acolhe só filhos de ferroviários, o acidente hoje é menos, acolhe também pessoas que queiram colocar seus filhos ali para aprender. Eu nunca mais fui lá, não é porque eu tô pagando que deveria ir, eu acho que está em boas mãos.

Mas, voltando ao Hospital Sorocabana até o ano passado ele era presidido por um maquinista antigo de nome Servo Alves dos Santos. Provavelmente aquele senhor, é vivo ainda, eu sei, ele tinha o segundo ano de grupo escolar, assim como eu tenho apenas o quarto ano de grupo escolar. É da comunidade ferroviária, foi eleito, ele não foi indicado, foi eleito presidente do Conselho Diretor do Hospital Sorocabana em São Paulo. Esse é administrado em co-gestão do Estado, Prefeitura e atende o SUS, então o ferroviário que vai lá que é sócio é atendido como se fosse um conveniado.

Aqui em São Vicente eu participei primeiramente, fundação da Associação dos Profissionais dos Ferroviários da Estrada de Ferro Sorocabana, hoje é o Sindicato dos Trabalhadores em Empresa Ferroviária - Zona Sorocabana, isto foi em 1947. Fui fundador, na minha presença na sede do Sindicato dos Estivadores em Santos. E posteriormente vieram aquelas rebuliças políticas e foram colocados na ilegalidade, mas a gente continuou lutando, a Associação passou pra União e a União para Sindicato.

Sou também do Movimento Social fundador da Associação Atlética Ferroviária, o time de futebol dos ferroviários aqui em São Vicente, que marcou a nossa presença e isso é muito importante pra mim e para os ferroviários, marcou a nossa presença, nós fomos o primeiro time a conquistar o troféu dos invictos em São Vicente, cujo troféu foi instituído pela Câmara Municipal em 1952.

Particpei da conquista do nosso terreno, campo de futebol, tá aí, tá desativado, mas tá aí, a nossa sede que é aqui embaixo hoje é uma Igreja.

Tem a minha participação no Lar Vicentino desde 1966 como conselheiro. Hoje eu sou vice-presidente do conselho deliberativo, sou diretor administrativo, estou lá praticamente substituindo meu irmão que é presidente do conselho diretor, que ele adoeceu, estou preparando as eleições até para 14 de maio. Atualmente sou secretário da Creche Sonho da Criança, na Vila Margarida. Nós cuidamos ali de 60 crianças de zero a seis anos, sede própria bem arrumadinha, não é luxuosa, não é granfina, é bem arrumadinha. O terreno é pequeno, então primeiro pensamos em ocupar o espaço para abrigar as crianças, então sobra lá um lugarzinho com um pouco de areia, uns aparelhos pra eles brincarem. Esta é a minha participação que eu lembre, no momento.

Seu Santo, o senhor acha que mudou alguma coisa para o senhor a para a saúde a participação nos Conselhos aqui na cidade?

É claro que mudou, mudou bastante. A primeira coisa que mudou é que o povo ficou conhecendo o que estava se passando na saúde, porque este conselho, se ele obrigatoriamente cumpriu seu papel, que está escrito lá no regimento interno, que depois de uma providência, de uma reunião, a nossa obrigação seria divulgar na comunidade, então mudou bastante, mudou sim.

E inclusive hoje ainda tá continuando, estamos usufruindo destas mudanças, eu tô anotando, ainda perguntei: - Como é que é feito o agendamento de consulta no Centro de Saúde? Ah, ele já vem com a primeira consulta agendada, depois no caso de ser retorno é que agenda lá. Este foi o caso que se deu daquela reportagem.

Mas mudou bastante, sim, no serviço básico mudou. Vou citar aqui, a gente tem que falar sim, não podemos fugir, do Hospital São José. Eu quando tinha as minhas reuniões do Conselho Gestor e do Conselho Municipal eu sempre dizia que nós corremos o risco de ver o Hospital São José fugindo do atendimento ao pobre e hoje ele não tem capacidade de atender totalmente, nós vemos pela televisão, dizendo das dificuldades, do dinheiro, perdeu o título de filantropia. Isso tudo deixa a gente aborrecido porque nós, quando atuamos no Conselho não foi pra acontecer isto, foi para melhorar.

Quais as principais coisas positivas e os principais problemas que o senhor vê na participação?

Os pontos positivos que eu vejo na participação dos conselhos são as verdades, porque aqueles que dirigiam a saúde não podiam mentir de jeito nenhum, porque eles sabiam que se dissessem uma mentira eu estaria dando esta mesma mentira pra minha comunidade. Então foi colocado o que era realmente, o que estava acontecendo e o que poderia acontecer se não houvesse esta ou aquela providência. Aí então que os Conselhos entrariam com seu trabalho, fazendo movimento, forçando, abaixo-assinado pra governo, pra quem quer que seja, pra melhorar, saneamento básico que todos precisam... Mas, saneamento básico não tem nada a ver com saúde! Tem sim, tem e muito, se fosse uma cidade aqui totalmente com esgoto a saúde do povo seria outra, muito melhor. E ninguém entende até agora que o esgoto a céu aberto, mesmo que você não pise naquela possa d'água, você tá com possibilidade de adquirir alguma doença, porque as

bactérias e micróbios que vivem por ali são muito mais inteligentes que nós, eles mudam.

Os principais problemas a gente poderia resumir isto num só problema: falta de entrosamento dos Poderes. Enfrentamos problemas sim, porque o Governo Federal dizia que não ajudava porque o Poder Estadual não era do lado dele. O Poder Estadual dizia que não podia ajudar porque o Poder Municipal não falava na mesma cartilha, e com isso o povo é que pagava. Isso tudo é motivado pela ganância pelo poder, foi uma dificuldade tremenda.

Algum resultado desta participação que tenha ficado mais forte para o Senhor? Lembro, desde que cheguei no Centro de Saúde, quando me explicaram o motivo que estavam convocando a comunidade, o usuário, eu disse pra Diretora: - Primeira coisa, colocar a casa em ordem. E quando eu disse colocar a casa em ordem eu não falei só isto, eu falei colocar tudo e a partir daquilo nós começamos a tentar colocar.

Semana seguinte se tinha já a placa de médico com horário, com nome, tava escrito em papelão mas tava, certo?!

Fazíamos reuniões quinzenais, aí então nós partimos para a reforma do Centro de Saúde... Aquilo ali, não havia uma reunião que alguém não citasse que tropeçou no taco que tá solto... Aquilo cheirava mal... Teve uma reunião que eu disse assim que o Centro de Saúde não tem nem nome! Não, nome tem... Então tá apagado que eu não vi, eu não sou tão cego assim! Era um verdadeiro mocó, onde se agrupavam cento e tantos funcionários, trabalhando num lugar sujo, levantando poeira, campo para infecção hospitalar. Apesar de ali não ser hospital, tem, eu não sou médico, mas é óbvio, faz curativo, pessoas doentes vão ali...

Então, o que resolveram? Vamos fazer um abaixo-assinado pro Governo do Estado, tivemos apoio do Superintendente e chegamos ao ponto de ir em massa na DIR XIX em Santos, conversar com o Diretor. A princípio ele balançou, não queria receber todo mundo, depois disse que quem não entrou até agora não entra mais, mas o povo foi e entrou. Então a minha participação nesse aí, eu dei o seguinte recado pra ele: as Polisaúdes estão quase todas reformadas, bonitinhas... Então eu, cidadão do Humaitá vou no médico na Polisaúde e o médico diz: - Olha, o seu caso é de especialidade, eu vou mandar o senhor já com reserva de consulta para o Centro de Saúde... Ele chegava em casa e falava pra mulher que passasse aquela camisinha nova e no dia ele bota uma água de cheiro e sai. Chega lá no Centro de Saúde e vê aquela porcaria, qual é a impressão?

Porque a gente tem que entender o seguinte: o homem vive numa favela porque ele precisa, não é porque ele quer, não. Pensa que ele não sabe que tem que ser tudo limpinho? Mas ele fica tão revoltado que ele não limpa mais, porque não tem jeito.

Então ele vai no Centro de Saúde e vê aquela maloca, não pode, de jeito nenhum. Eu fui uma ocasião, eu e mais três, colocados em comissão para fazer uma catada do que estava mal no Centro de Saúde, primeira sala que entrei - obstetria - então eu disse pra moça: moça, acho que o médico aqui ele diz assim pra mulher: - Deita aí, tira a calcinha e levanta a perna. Um cubículo, sem nenhuma condição de higiene, então é assim que é tratado?...

E o Governo da Estado negou dinheiro, não quis dar, não quis participar com nenhuma parte e nós continuamos forçando o Secretário de Saúde para que ele apertasse o Prefeito, pro Prefeito fazer a sua parte que ele tinha prometido. Que o Conselho Gestor fazia além desta campanha da reforma?... Nós chegamos na reforma!

Nós fazíamos campanha de arrecadação de alimentos, doações para a complementação da cesta básica para os aidéticos, aqueles portadores de tuberculose, os hansenianos. Eles vinham ao Centro de Saúde e pegavam uma receita com o médico, o médico logicamente recomendava uma boa alimentação. Mas, infelizmente eles não tinham com o quê, não tinham dinheiro. Então, sensibilizou o Conselho Gestor por intermédio de membros do Conselho participantes da Administração que viveu aquele problema e propôs. Arrecadamos leite, qualquer alimento não perecível e complementávamos a cesta básica deste pessoal, muito especialmente os bebês de risco, que foi lançada aquela campanha em 22 de janeiro de 94, Hélio da Costa Marques que era o diretor clínico do Hospital, pra atender as crianças consideradas de risco.

Aquela criança que nascia com peso abaixo do normal, poderia estar com saúde, mas tava correndo risco. E nós lançamos nossa participação na arrecadação de fundos, de alimento, pra diminuir a porcentagem de mortes por mil que em São Vicente era 32, já no ano seguinte baixou para 24. E esta queda, pode ter certeza que teve a participação dos Conselhos Gestores de todas as Unidades de Saúde. De que maneira eles ajudaram? Fazendo campanha, acompanhando sim, porque seguidamente éramos informados da queda da porcentagem, nós tínhamos por intermédio do Serviço de Saúde o mapeamento, o meu bairro aqui, o Catiapoã, era o mais alto índice de mortalidade de crianças da cidade, se não me engano era 6% só aqui.

Aquilo sensibilizou cada um e mesmo nós sendo pobres, tínhamos uma possibilidade a mais de ajudar esta gente, e fizemos, estamos satisfeitos porque vimos o resultado

O trabalho do bazar agora tá parado, assim como o Conselho Gestor. Este bazar dava um pouquinho, mas dava. A gente comprava leite, comprava o que fosse preciso, e o dinheiro a gente arrecadava de pouco, comprava eletrodoméstico e rifava entre nós, não tem importância que fosse só entre nós, mas era um meio de ajudar

E conseguíamos, tínhamos até um dinheirinho em caixa, não sei, tem que reativar o Conselho pra sabermos o que fazer com aquilo. Eu acredito que vai dar certo, a gente vai reativar, vai pegar este dinheiro e vai aplicar para aqueles que necessitam.

Seu Santo, com as mudanças na Administração Municipal, como está agora a participação na saúde?

Eu não tive participação nenhuma, só existe, que eu sei de fonte autorizada, só um Conselho Gestor está funcionando regularmente, é o NAPS do Saquaré, os outros todos, não.

E o Conselho ao qual eu pertença, que é o Conselho do Centro de Saúde desde que mudou esta administração eu estou tentando, estamos tentando. Eu tinha dito anteriormente que faríamos uma reunião clandestina e fizemos, pra tomar uma

atitude e a atitude foi procurar entrosar nesta administração, chegar até eles pra fazer uma pergunta: - Quer ou não quer?

Então, Conselho Gestor eu não acredito que um ou outro sequer esteja funcionando, ficou realmente desativado, o nosso Conselho desde janeiro não se reúne, não se convoca. E eu procurei... De que maneira? Depois desta reunião clandestina me foi incumbido de procurar devido a algumas amizades que eu tenho e eu fui procurar este amigo. Não o encontrei, entrei na sala do outro, não é meu amigo, conheço, é diretor. Então conversei com ele, expliquei que é preciso... - Oh, doutor, o senhor por favor fica com o meu telefone e me dá retorno. Isso foi em fevereiro deste ano, dele mesmo não tive retorno nenhum. O que pensaria eu? Que não quer...

mas eu continuei batalhando, encontrei outro amigo, ele disse: - O que é que você quer? Eu quero que você me introduza ao Diretor do Centro de Saúde, eu conheço hierarquia, eu conheço quando a pessoa quer ou não quer. Quero que você me introduza e eu lá vou conversar com ele. E dito e feito... Eu recebo um telefonema do diretor pedindo pra eu convocar uma das conselheiras devido a uma reportagem pesada que saiu: houve um tumulto qualquer no Centro de Saúde na questão de reserva de consulta e esta Senhora foi entrevistada pela TV MAR e ela disse: - Não tem médico, não vem médico, não tem consulta, não tem isto, não tem aquilo, o Conselho Gestor não é ouvido, não reúne mais...

Aí ele ligou pra mim, mas ele não falou: - Dá para o Senhor vir aqui? Disse que precisa reunir e eu falei: - Todo o material está aí com o senhor... Ah, não tá aqui, ele disse... Tá sim senhor...

Fui lá, conversei com os funcionários amigos, localizamos a Márcia, a Márcia disse onde tava, eu fui lá e conversei com a pessoa responsável pela sala, ela abriu a gaveta e tava lá.

Então, eu disse: - O senhor tem que convocar, eu não vou convocar, eu não tenho autoridade para convocar... Então ele prometeu e nos levou sexta-feira passada ao Secretário de Saúde, Dr. Palmieri.

Fomos bem recebidos, otimamente bem tratados. E eu, a primeira fala com ele eu expus o seguinte: - Eu fui eleito, fui escolhido pela Sociedade, da Sociedade fui para o Conselho Gestor, eu não fui porque eu quis, eu quis, eu aceitei, não porque eu queria ser ...Tenho este diploma aqui, tá assinado pelo Prefeito da época, era a maior autoridade municipal, o Superintendente da Saúde, na saúde ele era a maior autoridade. Pra mim isto aqui tem valor, como não?

Aí alguém disse lá, mas o Conselho Gestor é ilegal... Falei, ilegal pra vocês! Pra vocês realmente é ilegal, pra mim não!... Só que eu sou o "Zé da Rua", eu sou o usuário, eu preciso da saúde e eu quero colaborar, dar alguma coisa porque dinheiro eu não tenho pra dar. Então, eu quero colaborar, dar alguma coisa de mim... Então, doutor, o Senhor vai me dizer se o Senhor não quer mais conselhos, a gente fecha...

Aí eu falei: - O diretor do Centro de Saúde é o homem, de acordo com o Regimento Interno... Não, nós temos aqui, tudo bem, disseram eles.

Mas tá em paz, não houve atrito, estas discussões de legal ou não legal, isto é uma coisa que sairia mesmo, eu já estava prevendo. Então ele prometeu que vai reunir o Conselho Gestor do Centro de Saúde, que vai reunir todos os conselhos, quando eu não sei, mas vai. Vai formalizar ao Prefeito para enviar à Câmara a

oficialização dos Conselhos por intermédio daquela alteração da 92-A. Eles vão alterar muita coisa, é lógico, mas prometeu que vão reativar, sim.

Do Conselho Municipal de Saúde eu tô bastante afastado porque eu não sou mais do Conselho, mas eu acredito que tá havendo problema. Tá reunindo, tá funcionando, mas eu acredito que tá com os mesmos problemas políticos dos outros conselhos.

São Vicente, abril de 1997.

## ANEXO II - Entrevistas de 2000 - Segundo Momento

### ENTREVISTA N 1

Gilda - membro do Conselho gestor Saquaré-México 70 em 1997

1. Como foi a sua participação nos Conselhos nestes últimos quatro anos?

Reuniões - Teve bem poucas reuniões, a gente marcava e não dava certo, em setembro foi a última reunião com o Secretário da Saúde, não tivemos confraternização. Apesar disso eu não deixei de fazer o trabalho.

Eu continuo como Conselheira, me elegeram de novo, mas não tá tendo apoio no Posto. O ano passado se a gente teve duas reuniões foi muito.

Agora eu também sou Presidente da Associação Comunitária do Saquaré.

Essa Diretora que entrou nem sabia que tinha Conselho Gestor, eu fui lá e me apresentei, ficaram só dois, inclusive funcionário, porque tudo foi transferido. Essa última Diretora, porque já passaram vários diretores pelo Posto, cada um age de uma maneira, essa última é uma graça, a gente tem contato direto no Posto.

Mudou muito, a situação do posto de segurança que não tem, então o pessoal fica com medo de trabalhar aí. Foi muito ruim de quatro anos prá cá, teve até assassinato dentro do posto. Quando você tá se acostumando, muda de Diretor.

Encontros - Eu participei de Encontro pela Pastoral da Criança.

Conferência - Na Conferência eu participei. Em 98.

Treinamentos - Nenhum, desde aquela época, não sei se teve, pelo que eu saiba não teve.

Agora a gente teve reunião com Dr. José Roberto e ele falou que depois ia marcar eleições.

2. Quais as principais reivindicações neste período e quais os principais resultados obtidos?

Algumas foram colocadas na Ata do Conselho Gestor: mais segurança, a gente fez um pedido. A medicação, não tem medicação. Eu mesma sozinha ia e a gente não conseguiu ser atendido. Não tem segurança como a gente pediu e a medicação não melhorou. A gente pede, pede, mas não tem, sempre vem pela metade.

Eu faço tratamento de pressão alta, o Higroton não tem para três meses que foi o que a médica pediu. O Capoten nunca tem. O único remédio que tem é para verme. Vitamina para gestante não tem. Antes sempre teve, a minha filha ficou grávida e eu tive que comprar Sulfato Ferroso. Eu já parei até de brigar porque é complicado, preservativo dificilmente tem.

A pediatria é legal, pela Pastoral ela manda crianças desnutridas para a gente, a gente tem um bom relacionamento com os médicos.

Mas as reivindicações que a gente tem feito não têm sido atendidas.

Essa Unidade é muito pequena para o atendimento e não aumentaram nada, que eu saiba, tá tudo igual.

3. Em relação a projetos defendidos anteriormente, o que você recorda que continuou e o que mudou para o SUS local?

Hospital São José - Em relação ao Hospital São José tá péssimo. Várias vezes eu fui prá lá e o atendimento é péssimo, todos atendidos no corredor.

Não sei quantos leitos têm do SUS, eles falam que tem um número bom - cento e poucos - só que na verdade não sei se está sendo atendido este número de pessoas. Mudou prá pior, nunca tem vaga.

Estes dias eu fui lá, tinha gente desde as sete da manhã e era três horas da tarde e não foi atendida. Aí eu me apresentei como do Conselho Gestor e reivindiquei que atendesse uma senhora que tava passando mal, só tinha um médico, eu desisti de ser atendida.

Eles têm um certo medo, lá no Hospital assim que eu me apresentei a enfermeira foi atender.

Saúde Mental - Da saúde mental a gente brigou muito este ano para ter espaço aqui para o CAPS. Cresceu muito os casos e o espaço é pequeno, não conseguimos espaço. Dois anos atrás consegui aumentar um pouco, mas falta banheiro, sala. Eles falaram que não era prioridade, que a prioridade era fazer na Área Continental, mas não sei se fizeram, acho que não.

Centro de Saúde - Eu não sei muito não. Pelo que eu vejo melhorou um pouco as especialidades, as consultas são demoradas, mas faz outros exames e agora tem endocrinologista.

Agora estão fazendo uma Unidade no Parque Bitaru por interferência do Marcos Calvo, estão terminando agora, mas há muito tempo eles pediram a verba e a Telma é que conseguiu. É a única que eu sei que tão fazendo.

Área Continental - Da Área Continental eu não tenho muito acesso não.

Saneamento Básico - Uma parte de São Vicente foi resolvida, mas não resolveu. Acabou os trechos de valas, mas aí veio as enchentes, por que as enchentes? O México 70 foi aterrado, não tem canal, as águas estão invadindo, acabou com os canais, as doenças estão aumentando, diarreia, leptospirose. A minha casa aqui nunca encheu, agora já entrou água e vamos ter que levantar mais o piso.

Aqui na Vila foi tudo calçado, mas melhorou uma coisa e piorou outra.

Foi a Prefeitura que fez, por aqui foi só o calçamento e foi tudo mal feito. Eles queriam fazer calçamento sem esgoto, a gente não aceitou, só a nossa rua, as outras fizeram. Aí eles mandaram carnê com se tivesse feito, aí eu chamei a TV Mar e denunciei.

A SABESP foi embora sem fazer o esgoto.

O México 70 tá sem saneamento básico nenhum, agora o CDHU construiu casas lá em cima, abriram as comportas e a semana passada eles quase morreram afogados lá dentro.

Até o Postinho encheu, já teve duas enchentes que estragou tudo, ficou quatro dias sem funcionar, perderam medicação e até leite do programa de desnutrição.

4. E quanto aos mecanismos de participação popular e controle social, houve alguma mudança?

Lei 92 A - Eu nem me lembro se a nova lei foi aprovada ou não. Eu tava achando que tinha sido aprovada. Tá vendo! Nem isso eu sei direito, sei que o Conselho Gestor já venceu agora em 2000.

Conselho Municipal de Saúde - Não sei porque não tenho acesso nenhum, ninguém falou nada do Conselho Municipal de Saúde.

Conselhos Gestores das Unidades de Saúde - Acho que nenhum tá funcionando, não tivemos mais encontro, ficamos isolados. Infelizmente não tá funcionando, se tiver é bem pouco.

A gente continua! E a gente continua por causa daquele primeiro trabalho que foi feito.

## ENTREVISTA N 2

Maria de Fátima - membro do CG NAPS Matter em 1997.

1. Como foi a sua participação nos Conselhos nestes últimos quatro anos?

Reuniões - O Conselho Gestor do NAPS não está se reunindo, tenho ido a algumas reuniões do Conselho Municipal.

Continuo participando da Associação Maluco Beleza e do Conselho Gestor do NAPS, fui não funciona mas eu continuo.

Nos últimos dois anos não entrou Saúde Mental no Conselho Municipal, mas eu participo como ouvinte. O Conselho Municipal não tem tido quorum, tu acredita? Metade do pessoal saiu para se candidatar... A vantagem de ir no Conselho Municipal, o povo não sabe, é que o povo tem voz.

Encontros - Particpei do 2º. Encontro Substitutivo de Saúde Mental em Belém do Pará em setembro de 2000. Encontro de Usuários de Saúde Mental em Goiânia em novembro, e do II Encontro Nacional do Movimento da Luta Anti Manicomial em Alagoas, acho que foi em 1999.

Conferências - IV Conferência Municipal de Saúde de São Vicente, em 1998, reeleição de Conselho Gestor em 98, e reeleição da Associação Maluco Beleza há 2 anos.

Treinamento - Curso de Agente Comunitário da Saúde Mental, em 99 e particpei em Santos, da Tuberculose, que me chamaram.

2. Quais as principais reivindicações neste período e quais os principais resultados obtidos?

Conseguimos a Poli Saúde do Bitaru, foi uma conquista legal, que foi da Conferência.

Da Saúde Mental nada, só que voltou a funcionar 24 horas, ficou um bom tempo sem médico 24 horas, o São José não dá respaldo.

Reformaram o Pronto Socorro do NAPS e o Centro de Saúde tem parte reformada muito boa.

3. Em relação a projetos defendidos anteriormente, o que você recorda que continuou e o que mudou para o SUS local?

Hospital São José - Não sei quantos leitos tem do SUS, agora tem UTI neonatal, com direito ao SUS e convênios. Temos tomografia computadorizada ligada ao SUS, só que é cambalacho porque o pessoal chega desesperado com o papel do SUS e paga uma taxa "simbólica" de 138 reais. Se vai na Assistente Social, consegue, o pessoal é desinformado.

Saúde Mental - O funcionamento da Saúde Mental mudou. O ambulatório agora é separado do NAPS - quem tá bom não fica lá dentro, vai fazer terapia no ambulatório, e consulta também agora é no ambulatório. Quem tá mau aí fica internado e não teve HD neste ano.

Lá no Saquarem inauguramos como CAPS mas o secretário falou que é ambulatório e é, porque não tem nenhuma cama para deitar!

Lá dentro do Saquarem continua do mesmo jeito, só ampliou com mais uma sala.

No NAPS a comida é complicado, tem que assinar cedo, o funcionário come e depois o usuário.

Centro de Saúde - Melhorou com a ampliação. Fez um Centro Diagnóstico, tem teste ergométrico. Desativaram o bazar. Montaram um serviço de Hansen e Tuberculose onde era a creche.

Área Continental - Diz que vai sair o Hospital da Área Continental. No Humaitá só tem um pediatra, terça-feira vou ter que ir às 4 da manhã para conseguir consulta. Só que o Conselho Gestor apertou a Dra. Vera, chamou a Rede Globo, já teve pior. Especialidade são poucas vagas, aí você tem que dormir na fila, senão consegue marcar de novo só em 15 dias.

Temos a Subprefeita agora aqui, não sei prá que é. No Rio Branco pelo menos tem Correio, aqui no Humaitá nem isso tem.

Saneamento Básico - Sobre saneamento básico tão fazendo, no Parque Continental já fizeram quase tudo. Aqui a gente paga uma taxa de lixo, eu não pago. Antes quando era o Luca vinha caminhão, agora vem uns com carroça: eles puxam a carroça como cavalo, coitados! Dizem que é do presídio para baixar a pena. Eu não tenho correio, não tenho esgoto.

4. E quanto aos mecanismos de participação popular e controle social, houve alguma mudança?

Lei 92 A - A lei, o Dr. Marcos entrou com o projeto, mudou o número, foi aprovada com algumas alterações. Os Conselheiros só podem ser conselheiros por 2 anos. Por um lado é bom porque dá chance para os outros. Mas, que outros?... Agora, sem o Dr. Marcos na Câmara o negócio vai pegar, cadê nossos projetos? Eu falo: agora é que a gente tem que participar...

Conselho Municipal de Saúde - Mudou para péssimo, não tem participação. A gente naquela época teve cursinho, teve participação de todos os conselheiros, eu nunca vi as comissões funcionando, agora. Você pensa que o Conselho Municipal funcionou nestes quatro anos? Não tem nem comissão de Prestação de contas, lembra, você me deixou com aquele abacaxi, mas eu aprendi bastante.

O Dr. Marcos entrou com queixa porque só tinha cargo de confiança no Conselho Municipal. Sabe como eu saí para Conferência como delegada? Pela DIR XIX, não consegui sair por São Vicente, eu, Haroldo e Eurides, tivemos que sair pela DIR.

Até o Secretário de Saúde, numa reunião, não sabia que eu não era do Conselho Municipal.

Conselho Gestores - Não tem aquele incentivo. Quem pensaria que o Conselho do Centro de Saúde ia dar esta parada que deu?

Não tem mais nem aquele livro que a gente escrevia.

Tem alguns lugares que está funcionando, precário mas está, aqui no Humaitá, na Ponte Nova. O que tá no centro não tem diretor certo, aí não funciona. No NAPS não sabem quem é suplente.

Em Brasília foi reconhecido que funciona: o Haroldo foi representando o Conselho Gestor do NAPS. Agora, nas próximas eleições a gente tá batalhando pra ver se tira bastante representantes da Associação - tem que ser antes de março.

Continuamos a usar a cartilha da época de vocês.

Formamos o núcleo de saúde dentro do PT e conseguimos muitas coisas, muitas verbas, mas senão tem o projeto vamos perder.

Não tem mais aquilo de você reclamar e alguém dizer: "aquele lá é conselheiro..." e vir te atender.

### ENTREVISTA N 3

Maria Eurides, membro do Conselho Gestor Parque das Bandeiras e do Conselho Municipal de Saúde em 1997.

1. Como foi a sua participação nos conselhos nestes últimos quatro anos?

Reuniões - Eu participei de todas as reuniões do Conselho Municipal de Saúde e as que tiveram do Conselho Gestor. O novo Conselho Gestor foi implantado em 98 e eu fui reeleita, também passei a titular em 98 do Conselho Municipal, porque antes eu era suplente.

Encontros - Encontro Estadual e Regional de Saúde que teve em Santos, VIII Plenária de Conselhos Municipais de Saúde, em Brasília, em 99.

Conferências - Participei das Conferências Municipal, Regional e Estadual de Saúde.

Treinamentos - Não houve nada, tanto é que na VIII Plenária foi colocado que dessem treinamento.

Com o Partido dos Trabalhadores tivemos um Seminário com o Roberto Gouveia sobre direitos dos usuários, em 99.

2. Quais as principais reivindicações neste período e quais os principais resultados obtidos?

Eu acho que foi muito pouco, as Conferências não tiveram resultados.

A gente sabe que houve reformas em algumas Unidades.

Foi tirado como proposta uma Unidade para a Vila São Vicente - separaram a Unidade do Parque das Bandeiras em duas, foi aprovado construir em prédio próprio, mas agora está em prédio alugado.

O Hospital da Área Continental foi aprovado mas não discutem.

O PS Central, a idéia é tirar do Hospital São José, desvincular do HSJ, mas no município, a idéia é ampliar, melhorar.

Melhorou o atendimento ao deficiente através de escolas especializadas, o CRIS foi reivindicação da Conferência.

Na última Conferência, em 98, pediram a descentralização dos serviços para a Área Continental, ainda não foi discutido.

Conseguimos transporte para as crianças da Área Continental, para as escolas.

3. Em relação a projetos defendidos anteriormente, o que você recorda que continuou e o que mudou para o SUS local?

Hospital São José - O HSJ está em torno de 120 leitos, foi aprovado aumento da Ala D, mas não funciona. Foi criada a Central de Vagas, mas acaba tudo na mão da Irmandade. Foi criada a UTI neonatal. O controle exato do HSJ a própria Secretaria não tem.

Teve uma auditoria na cidade, uma comissão do Ministério da Saúde foi na Secretaria da Saúde para ver falta de medicamentos e vagas no Hospital São José - uma semana os pacientes ficam internados na sala de repouso do Pronto Socorro.

Saúde Mental - Acho que a Saúde mental piorou. Fui numa reunião do CAPS Saquarem porque queriam ampliar a sala para atender 1600 pessoas. A gente foi conversar com o Secretário. Ele foi contra ampliar o espaço, ele disse que preferia atender 4 bem feito do que 20. E o que a gente faz com os outros 16 que precisam? ... Na Área Continental foi pedido a construção do CAPS e foi aprovada verba, mas não tivemos resposta. Segundo a gente soube ele não apresentou projeto, por isto não veio a verba.

Centro de Saúde - O CS está normal, ampliaram atendimento de DST/AIDS. Uma das coisas que o pessoal reclama muito é o atendimento de Hanseníase que mudou. Ele não aceitou o projeto da sapataria ortopédica e acabou o bazar.

Área Continental - No Humaitá foi terminado o Serviço que o Luca começou - de Diagnóstico - mas no início não tinha profissional. Foi aprovada a Maternidade na Área Continental.

Saneamento Básico - O governo tá mexendo nas ruas, as ruas estão com tubulação e estão fazendo a estação de tratamento - é obra do governo do Estado, mas o prefeito se beneficia. Continuamos pedindo saneamento básico, até que esteja pronto.

4. E quanto aos mecanismos de participação popular e controle social, houve alguma mudança?

Houve muitas, apanhamos prá "xuxu".

Lei 92-A - A lei passou prá 555 A, não lembro exatamente, diminuiu o número de conselheiros no Conselho Municipal prá tirar os do HSJ, mudou a composição dos conselhos.

Conselho Municipal de Saúde - Antes havia uma participação melhor, não funciona como deve. Prá mandar a prestação de contas prá Brasília eles mostraram um slide na reunião. Não como era antes que vocês passavam, a gente fiscalizava.

Falta incentivo do próprio governo. Hoje eles aprenderam que tem que ter a participação popular, por conta dos recursos. E para você montar o Conselho Municipal você tem que ter os Conselhos Gestores. Só que a população cansou.

Houve muito furo dentro do Conselho Municipal, não deu quorum. Depois da eleição mandaram carta porque ninguém ia.

A Conferência nossa ainda não saiu, estamos aguardando convocação para reunião da Secretaria.

Foi criada comissão do Conselho Municipal prá fiscalizar o Hospital São José e descobriu atendimentos particulares encaixados em vagas SUS.

Se você quer saber estamos no final de mandato e ainda não foram montadas as comissões.

Quando chegou na campanha eu me afastei, até por ser candidata.

A composição do Conselho Municipal não estava correta, o Marcos até entrou com recurso, por conta disso ficou desmotivado. Cinco cargos estava representando usuário mas era funcionário! Veio uma ordem para regularizar, mas não houve a mudança. Segundo o Secretário foi porque ninguém da Estadual participou para arrumar.

Mesmo aqueles conselheiros que estavam candidatos, o suplente era usuário, poderia ter entrado.

Conselhos Gestores - O Conselho Gestor do Parque das Bandeiras, na minha opinião, não funcionou. Eu, como conselheira, participei, mas os outros membros, os funcionários e a direção não participava. Acabou com a motivação. Naquela época havia seminário para preparar o Conselho Gestor. Agora o Márcio não preparou, o pessoal novo não teve estrutura.

Eu, Eurides, tenho atuação, mas o Conselho Gestor chegou no ponto de não se reunir.

Passava na Unidade, sabia das reclamações. . .

Chegou a um ponto que perdeu o controle da gente, o governo não quer que a gente veja.

Acho que não foi só no Parque das Bandeiras, na minha avaliação.

A Cartilha que o PT fez naquela época eu cheguei a fazer xerox e levar para o Conselho Gestor e eles tiraram da mão do pessoal porque tinha a "pontezinha" na capa. Ficaram de fazer outra e não fizeram até agora.

Eles não tinham nada de material e dizem que o PT levou tudo, não deixou nada.

Na Conferência, eles não iam me chamar para organizar, mas eu fui e levei meus materiais para ajudar a organizar.

#### ENTREVISTA N 4

Santo Bordinhon, membro do Conselho Gestor do Centro de Saúde em 1997.

##### 1. Como foi a sua participação nos Conselhos nestes últimos quatro anos?

Nestes últimos quatro anos muito pouco eu participei porque não houve incentivo. O Conselho Gestor do Centro de Saúde foi caindo, não tinha reunião, foi trocando de diretor a cada três meses, foi esmorecendo e eu desanimei. Achei que já tinha dado a minha contribuição e não participei mais do Conselho Gestor.

Eu continuo participando na Creche Sonho da Criança e do Conselho Consultivo da Ordem Demolei de São Vicente.

Reuniões - No começo da gestão parou, eu comparecia lá no Centro de Saúde. Se eu participei, foi no máximo de 5 reuniões.

Não participei de nenhum outro evento. Nunca fui chamado para nada, nem para participar do Conselho, porque eu já era. Houve eleição para o Conselho Gestor, eu não participei, mas fui eleito com 2 votos. Eu temia me oferecer e não ser aceito. Não sei nem quem está no Conselho. Meu contato era o Murilo, agora ele também sumiu. Não participei nem da última Conferência.

2. Quais as principais reivindicações neste período e quais os principais resultados obtidos?

Uma de nossas últimas reivindicações, enquanto eu estava lá era a viatura para o Centro de Saúde. Eu fui até o Secretário e expliquei porque precisava da Ambulância. Mas tinha lá uma mulher, a mulher dele, ela me tratou mau, eu sou o "Zé da Rua". . . Enquanto eu estava lá nós não conseguimos. Agora eu não sei como está.

Nós pedimos a modernização da recepção, com 2 computadores, mandamos um ofício para o Secretário, ele respondeu por escrito, tá tudo lá, aí eu desisti: "O Conselho Gestor precisa apresentar um Projeto! "

3. Em relação a projetos defendidos anteriormente, o que você recorda que continuou e o que mudou para o SUS local?

Hospital São José - Continua aberto, com aqueles mesmos problemas e dificuldades, está atendendo.

Saúde Mental - Não sei de nada, quem me dava as dicas era o Rebouças, mas ele foi mandado embora, perderam um grande homem.

Centro de Saúde - Não tenho ido lá, mas não tenho ouvido reclamações.

Área Continental - Não sei de nada.

Saneamento Básico - Houve melhoria na parte de condução do esgoto. O maior problema era a canalização de esgoto, nosso bairro aqui está todo saneado. Quem está fazendo é a SABESP. Tem o Jóquei Clube, a Vila Margarida, existem partes saneadas. Segundo consta o México 70 está sendo urbanizado e a avenida central está pavimentada, não tem rede de esgoto totalmente, mas a Vila Margarida está toda asfaltada.

4. E quanto aos mecanismos de participação popular e controle social, houve alguma mudança?

Lei 92-A - Houve mudanças e a lei foi aprovada. Eu até comentava: agora os Conselhos existem! Embora não tenha sido como foi proposto, o Marcos Calvo batalhou para que ela fosse aprovada.

Conselho Municipal de Saúde - Não sei de nada.

Conselhos Gestores - O Conselho Gestor ficou sem funcionar dois anos, eu entregava um ofício, só eu que assinava, pedindo a ambulância. Eu perguntei pra ele: "Dr. há interesse nos Conselhos Gestores? ...Ele falou: É lógico, há interesse", mas ficou por isto mesmo.

Se a Secretaria da Saúde divulgasse a existência dos Conselhos Gestores e do Conselho Municipal, já que é uma participação voluntária, para que estes Conselhos se sentissem importantes, melhorava a participação.

Eu pedia o Livro de Atas, não vinha. Não sei o que aconteceu com o Livro do Centro de Saúde - eu tentei até o final do meu mandato, em 98.

Não existia aquele respeito que o funcionário tinha pelo paciente, porque marcar consulta e o cidadão não aparece para atender é demais!

Até os funcionários sumiram do Conselho Gestor.

O bazar do Centro de Saúde passou para a LBV, a distribuição de alimentos para os pacientes de TB e Hansen passou para estas senhoras. Eu levei alimentos para lá e vi as pessoas pedindo e saindo de lá de mãos vazias. . .

Misturou política desanima o cidadão de rua, porque misturar política com saúde,  
educação e segurança, não dá.  
São Vicente, dezembro de 2000.

**UNICAMP**  
BIBLIOTECA CENTRAL  
SEÇÃO CIRCULANTE