



CENTRO UNIVERSITÁRIO ÍTALO BRASILEIRO

Programa de Pós Graduação

Gestão em Saúde: Administração Hospitalar e Saúde
Pública com Ênfase em Programa Saúde da Família

Solange Aparecida dos Santos Pinto

**PARTICIPAÇÃO POPULAR / CONTROLE SOCIAL
NA MICRORREGIÃO M'BOI MIRIM**

SÃO PAULO

2011



Solange Aparecida dos Santos Pinto

**PARTICIPAÇÃO POPULAR / CONTROLE SOCIAL
NA MICRORREGIÃO M'BOI MIRIM**

Monografia apresentada ao Centro Universitário Ítalo Brasileiro, como parte dos requisitos para obtenção do Grau de Especialista em Gestão em Saúde, Administração Hospitalar, Saúde Pública com Ênfase em PSF.

Orientadora: Profa. Dra. Dirce Encarnacion Tavares.

SÃO PAULO

2011

FOLHA DE APROVAÇÃO

SOLANGE APARECIDA DOS SANTOS PINTO

PARTICIPAÇÃO POPULAR / CONTROLE SOCIAL NA MICRORREGIÃO M'BOI MIRIM

Monografia depositada no Centro Universitário Ítalo Brasileiro, no dia.

PINTO, Solange Aparecida dos Santos.

Participação Popular / Controle Social na Microrregião M'Boi Mirim / Solange Aparecida dos Santos Pinto– São Paulo, 2011.

Pg. 40

Monografia realizada no Centro Universitário Ítalo Brasileiro –, como exigência parcial para obtenção do título de especialista em Gestão em Saúde: Administração Hospitalar e Saúde Pública com Ênfase em Programa Saúde da Família.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Dirce Encarnacion Tavares.

1. Conselho de Saúde 2. Participação Popular (*palavras-chave*)

DEDICATÓRIA

Dedico esta Monografia aos meus pais, Deusdedit e Laura que estão presente em todos os momentos da minha vida.

Em especial ao meu esposo Custódio por ter sido, paciente, compreensivo, atencioso, incentivador e persistente conduzindo ao objetivo final, o término desta pesquisa e o título de especialista em Gestão em Saúde, Administração Hospitalar, Saúde Pública com Ênfase em PSF.

Aos meus queridos filhos, Jéssica e Cássio, que colaboraram facilitando o nosso relacionamento, compreendendo a ausência de sua mãe durante alguns finais de semana.

Solange Aparecida dos Santos Pinto

AGRADECIMENTOS

Dedico esse trabalho primeiramente a Deus, por ter iluminado meus caminhos permitindo o término desta monografia. São diversas as pessoas que contribuíram para a realização deste trabalho.

Em especial a minha querida orientadora Dirce Encarnacion Tavares , pela sua paciência e dedicação durante todo percurso e termino desta do monografia.

Agradeço o carinho das colegas de turma Ana Claudia, Josélia Brohen, e Suzana Lassen, nos momentos difíceis do curso.

As minhas irmãs, Silvia, Cilene e Simone que mesmo longe de alguma forma me incentivaram a concluir esta especialização e a monografia.

Solange Aparecida dos Santos Pinto

RESUMO

Este trabalho visa conhecer e apresentar os fatores que podem limitar ou potencializar a participação popular nos Conselhos de Saúde objetivando contribuir para o esclarecimento e atuação dos atores sociais envolvidos nesse contexto e fortalecer o controle público.

O Movimento da Reforma Sanitária iniciado em 1978 reuniu atores sociais diversificados. Os Conselhos de Saúde emergem dessa luta por direitos, como espaços estratégicos de participação que surgiu no contexto da nova forma de gestão do Sistema Único de Saúde a partir da Constituição de 1988, lei 8080/90 e 8142/90, com o objetivo de corroborar a efetividade dos Conselhos de Saúde. Em São Paulo a participação social na saúde iniciou no ano de 2001, quando o Programa de Saúde da Família foi instituído no Estado. O Conselho Gestor foi estabelecido em todas as Unidades de Saúde do SUS, onde 50% dos membros são compostos pela comunidade local. Como resultado da pesquisa, pudemos notar que os conselhos de saúde estão bem estruturados, todos os conselheiros capacitados, regimento interno e mais de 70% dos entrevistados já participaram de Conferência de Saúde e participam ainda de movimentos sociais e Associação de amigos de bairro. Conselhos formados por usuários do Serviço de Saúde, atuantes.

Palavras-chave: Conselho de Saúde; Participação Popular.

ABSTRACT

This work aims to understand and present the factors that can limit or enhance the participation of the people in the Councils of Health aiming to contribute to the clarification and performance of the social actors involved in this context and strengthens the public control. The Movement of the Health Reform initiated in 1978 brought together social actors diversified. Health Advice emerge from this struggle for rights, such as strategic spaces for participation, which arose in the context of the new form of management of the Unified Health Care System from the Constitution of 1988, law 8080/90 and 8142/90, with the objective of support of the effectiveness of Boards of Health. In São Paulo, the social participation in health began in the year 2001, when the Family Health Program was established in the State. The Managing Council was established in all of the Units of Health of the SUS, where 50% of the members are composed by the local community. As a result of the research, we noted that the health councils are well structured, all advisers trained, rules of procedure and more than 70% of the respondents have already participated in the Conference on Health and yet participating in social movements and the Association of friends of the neighborhood. Councils of Health Service users, active.

Keyword - Advice of health, Popular participation.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	6
1.1 Justificativa.....	7
1.2 Problema	7
1.3 Objetivos.....	7
1.3.1 Geral	7
1.3.2 Específicos	7
1.4 Hipótese.....	8
1.5 Metodologia	8
Estrutura das questões:.....	8
Objetivos das questões:	9
Técnicas de coleta de dados	9
Amostra.....	9
Tabulação dos dados.....	9
2. HISTÓRICO DO BAIRRO	10
2.1 Surgimento do bairro Jardim Ângela.....	10
2.2 Surgimento do Bairro Jardim São Luiz	12
2.3 Subprefeitura M' Boi Mirim.....	12
2.4 Um Construtor da Cidadania do Bairro Jardim Ângela	14
2.5 UCAD Jardim Ângela	17
3.REFORMA SANITÁRIA NO BRASIL	20
3.1 A Lei Orgânica da Saúde	20
4. PARTICIPAÇÃO POPULAR NO BRASIL.....	23
4.1 Cidadania no Brasil.....	23
4.2 Movimentos Sociais.....	26
4.3 Controle Social	28
5. ANÁLISE, INTERPRETAÇÃO E DISCUSSÃO DE DADOS	31
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS	36
REFERÊNCIAS BIBLIOGRAFICAS	37
ANEXO I.....	39
ANEXO II.....	40

1. INTRODUÇÃO

Este trabalho visa conhecer e apresentar os fatores que podem limitar ou potencializar a participação popular nos Conselhos de Saúde objetivando contribuir para o esclarecimento e atuação dos atores sociais envolvidos nesse contexto e fortalecer o controle público.

A descentralização política, econômica e administrativa preceituada na Constituição Federal de 1988, possibilitou a dispersão do poder e a construção de novos espaços democráticos a nível local.

As novas formas de participação podem ser denominadas de mestiças por possibilitar a partilha de processos deliberativos entre atores sociais e estatais originando novas formas de relação entre Estado e sociedade (LASCOUMES, 1995).

Os Conselhos de Saúde integram essas inovações institucionais e surgem como parte de um intenso processo de lutas pela democratização da saúde iniciado ao final da década de 70, defendido pelo Movimento da Reforma Sanitária e que atualmente continua em plena construção dada a complexidade do setor saúde.

Os Conselhos de Saúde foram constituídos para formular, fiscalizar e deliberar sobre as políticas de saúde. Para atingir esse objetivo, de modo articulado e efetivo, conhecer o SUS passou a ser imprescindível. Deliberar acerca das políticas de saúde é uma grande conquista da sociedade. Composto por prestadores de serviço de saúde, públicos (governo) e privados (25%), representantes dos trabalhadores de saúde (25%) e dos usuários (50%) e sendo seus membros escolhidos pela respectiva categoria.

Os resultados de experiências dos conselheiros têm demonstrado que apesar das dificuldades peculiares, muitos avanços qualitativos ocorreram.

1.1 Justificativa

A cidadania é um tema de grande importância, apresentando conceitos de convivências com as diferenças entre outros.

Acredito que a participação popular exerce um papel importante na construção e fortalecimento do controle social. A cidadania pode ser exercida como mecanismo transformador de uma sociedade, almejando uma vida digna para todos.

A preocupação em desenvolver este trabalho foi a de conhecer o envolvimento o segmento usuário nas decisões, quais estão inseridos na Conferência Municipal, Estadual e Federal.

1.2 Problema

- Qual o papel dos profissionais de saúde na relação cotidiana com os usuários do serviço público?
- As questões são discutidas nas reuniões de conselho gestor?
- As decisões são compartilhadas ou são informadas?

1.3 Objetivos

1.3.1 Geral

- Avaliar o nível de participação popular nos serviços de Saúde da Região do Jardim Ângela e Jardim São Luiz – Microrregião M'Boi Mirim.

1.3.2 Específicos

- Verificar se houve ou não ascensão dos usuários na participação popular/controle social
- Analisar o papel dos profissionais de saúde na relação cotidiana com os usuários do serviço público.

1.4 Hipótese

- Verificar se houve ou não ascensão na participação popular desde a implantação do Conselho Gestor na região.

1.5 Metodologia

O método de investigação que será utilizado nesta monografia é a pesquisa qualitativa e quantitativa, que se trata de coleta de dados, além de análise desse dado, utilizando-se de procedimentos estatísticos. Abordar um problema qualitativamente pode ser uma forma adequada para conhecer o fenômeno social. A abordagem qualitativa se preocupa com o comportamento geral do conhecimento

Os dados das entrevistas aos Conselheiros Gestores de algumas Unidades de Saúde da Região do Jardim Ângela. Serão entrevistados 30 conselheiros da Supervisão e Assistência Médica Ambulatorial – AMA - contemplando varias unidades, pois a condição de ser conselheiro na Supervisão de Saúde e na AMA é ser conselheiro da unidade básica de saúde.

Estrutura das questões:

- Questões fechadas (Modelo 1).

Objetivos das questões:

- Avaliar o grau de participação dos conselheiros nas reuniões do Conselho Gestor da Unida de Saúde.
- Avaliar a possibilidade de ascensão na participação popular e controle social.

Técnicas de coleta de dados

- Será avaliada a legitimidade da participação dos Conselheiros desde a implantação do Conselho Gestor na Unidade.

Amostra

- Serão entrevistados 30 Conselheiro da Microrregião M'Boi Mirim. Os mesmos assinarão um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (vide em anexo – (Modelo 2), entendendo que suas identidades não serão expostas, a fim de preservá-las, como também oportuniza-los a ter respostas mais fidedignas.

Tabulação dos dados

Os dados coletados serão tabulados e descritos em gráficos de modo que possam facilitar a compreensão, análise e interpretação.

2. HISTÓRICO DO BAIRRO

2.1 Surgimento do bairro Jardim Ângela.

De acordo FONTARELLI¹ o Brasil vivia um período obscuro por causa da ditadura militar imposta no país que durou entre 1964 a 1984. O governo brasileiro seguia as influências capitalistas, paralelamente a maior parte do mundo acompanhava o conflito ideológico e econômico da Guerra Fria, entre as duas grandes potências mundiais do período (Estados Unidos da América X União República Socialista Soviética – URSS).

A nação brasileira estando sob a tutela de o Governo Militar, que governava através dos Atos Constitucionais, restringindo os direitos do povo. Porém, impedida de questionar qualquer ação do governo e manifestar-se contra qualquer decisão imposta pelo Estado Vila Remo e região dos anos das décadas de 60 a 80, foi uma forte referência em organização e lutas na política social da região. Culminando com o atual crescimento desordenado da região Jardim Ângela. Entidades com importantes projetos executados nesta região, Associações amigas dos Bairros, os movimentos sociais (clubes de mães, grupos de mulheres, grupos de jovens, grêmio estudantis, pró-moradias, pastorais operárias etc.), apesar de ter diminuído nos últimos anos, por consequência da conjuntura atual, a mobilização social continuou em muitos bairros da região que rodeiam a estrada do M' Boi Mirim.

A região de Vila Remo era formada por chácaras e pequenas casas. Havia plantações de subsistência, nascentes de água (minas). As ruas não eram asfaltadas, sem redes de esgotos, não havia coleta de lixo. As escolas eram distantes, não tinha serviços públicos de saúde, o transporte público também já era precário.

Na região de Vila Remo, parte da população que se sentia indignada diante a situação precária que vivia, tomou a iniciativa de organizar-se, passando a refletir, propondo soluções para resolver os problemas existentes

¹ Carlos Alberto Fontarelli: Historiador – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. História do bairro do Jardim Ângela e Jardim São Luiz – 28/08/2008.

nos bairros da região. Assim iniciaram as organizações dos movimentos populares em Vila Remo.

Os jovens participavam de grupos de jovens organizados nas comunidades religiosas (CEBs – Comunidades Eclesiais de Base). Onde debatiam diversos temas juntos a outros grupos formados por adultos. Assim, contribuía com as atividades dos determinados grupos dos movimentos sociais. Através desses grupos começaram o debate sobre planejamento familiar, educação em saúde. Surgindo as campanhas pela coleta de lixo, por água encanada, instalação de energia elétrica nas casas e vias públicas.

Muitas das melhorias urbanas dos bairros da região da Guarapiranga e da M' Boi Mirim, foram exercitadas depois da ação aplicada nos Clubes de Mães, articulados uns ao outros. Além deles, nas comunidades havia os grupos de animadores. Como trabalhadores que se reuniam nas atividades da Pastoral Operária, onde discutiam temas relacionados ao trabalho, arrocho salarial e o intenso controle da organização social. *"A vida dos moradores nessa parte da periferia, cujos serviços públicos já eram precários, e continuam, frente às muitas demandas"* (SANTO DIAS - Quando o passado se transforma em história, 2004, p. 146).

"Foi através desses grupos que começamos a debater questões sobre o planejamento familiar, educação, saúde, higiene. Surgindo as campanhas pela coleta de lixo, por água encanada, instalação de energia elétrica nas casas e vias públicas²".

Nos dias atuais percebemos o desenvolvimento na região do Jardim Ângela. Ainda há muito a fazer, para isto a comunidade conta com a participação de todos para atingir o objetivo do coletivo.

² Santo Dias - Quando o passado se transforma em história. Pág. 146.

2.2 Surgimento do Bairro Jardim São Luiz

Conforme documento, o bairro Jardim São Luiz está situado no Município de São Paulo e criado de acordo com a Lei nº 58 de 10 de dezembro de 1937, decreto nº3079, de 15 de setembro de 1938. Loteamento inscrito sob nº36.11ª circunstância de registro de imóveis, tornando-se o 30º Subdistrito da Subprefeitura de Santo Amaro, iniciado pela “Sociedade Paulista de terrenos” em área de 840.000 m³, além da margem do Rio Pinheiro.

No bairro incipiente a única infraestrutura apresentada era os arruamentos, muitas vezes vielas estreitas, sem infraestruturas básicas de redes de água, esgoto, iluminação pública e transporte coletivo. Os núcleos operários foram se adensando em um raio de 15 a 20 km da capital paulista e tiveram vital importância no primeiro arranque industrial do país.

As duas maiores empresas do setor ciclístico, Caloi e Monark, fixaram-se na região de Santo Amaro.

Segundo Fontarelli (2008), com a fixação desta mão de obra próxima aos meios produtivos facilitava a locomoção por bicicletas. Eram núcleos de poucos recursos, dependentes de produtos como vestuários, calçados e utensílios para vida cotidiana. Na época, muitos agricultores foram incentivados a sair da zona rural, das roças, embora com pouco conhecimento de um centro urbano, tiveram os salários básicos, que não eram uniformes no Brasil, e estavam sujeitos ao salário mínimo de então, e a alimentação estava limitada aos recursos da época.

2.3 Subprefeitura M' Boi Mirim

A Subprefeitura M' Boi Mirim foi criada pela LEI Nº 13.399, de 1º de Agosto de 2002. Antes de a lei entrar em vigor os distritos desta subprefeitura pertenciam à Administração Regional do Campo Limpo.

A Subprefeitura de M' Boi Mirim está localizada na zona sul da cidade de São Paulo, sendo composta pelos Distritos do Jardim Ângela e Jardim São Luis, fazendo fronteira com os municípios de Itapeverica da Serra e Embu

Guaçu. Com 62,1 km² de extensão, têm aproximadamente 531.745 mil habitantes, sendo 511.447 cadastrados no SUS (fonte SIAB) e densidade demográfica de 7.809,4 habitantes por km². Próxima à Represa do Guarapiranga, grande parte de seu território encontra-se em área de preservação aos mananciais, onde também está localizado o Parque do Guarapiranga. Antigo reduto de chácaras e sítios, a região ainda se caracteriza por paisagens que lembram o meio rural, em contraste com a crescente área urbana, em que moram 92,92 % de seus habitantes.

Devido à ocupação em áreas de proteção ambiental (mananciais), boa parte dos loteamentos é considerada irregular pelo poder público, dificultando investimentos em melhorias da sua infraestrutura urbana. Com 144.796 domicílios (SIAB), Jardins Ângela e São Luís têm juntos, cerca de 270 favelas, com 26% de sua população nelas residente e 4.882 domicílios distribuídos em 34 áreas de risco – grande parte dentro da área de manancial. 46% dos chefes de família têm de 1 a 5 anos de estudo e 63,32% deles recebe até 3 salários mínimos. O Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) é 0,421. Ressaltamos, ainda, que houve uma diminuição de 16,29% na renda média dos moradores do Distrito do Jardim Ângela entre 1991 e 2000. Conforme mostra o Mapa de Exclusão e Inclusão Social, 42,4% da população residente do Distrito do Jardim São Luis e 73,7% da população do Distrito Jardim Ângela está no agrupamento classificado como alta e altíssima vulnerabilidade social. A classificação do Distrito Jardim Ângela e do Distrito Jardim São Luis no ranking dos 96 distritos do município de São Paulo é respectivamente 1º e 5º colocados. O índice de exclusão do Distrito Jardim Ângela (numa variação de -1 a +1) é -1 e do Distrito Jardim São Luis é -0,79. Vale ressaltar que a presença do poder público na área de abrangência da Subprefeitura de M'Boi Mirim é tímida, necessitando de políticas públicas mais efetivas.

2.4 Um Construtor da Cidadania do Bairro Jardim Ângela

Como padre Jaime ajudou a transformar o Jardim Ângela, bairro da microrregião de M'Boi Mirim antes conhecido pelos crimes e hoje modelo de combate à violência.

James Crowe nasceu na Irlanda, em 1945, e cresceu na área rural no condado de Clare. A cidade mais próxima tinha 50 mil habitantes e ele não se recorda de jamais ter encontrado a porta de casa trancada. Alternava os estudos com o trabalho na fazenda da família, onde ordenhava as vacas, plantava batata e jogava futebol com os nove irmãos. Católicos como a maioria dos irlandeses, seus pais não perdiam a missa aos domingos. Aos 17 anos, James teve de se decidir entre a faculdade de Agronomia e o seminário. Os amigos missionários que traziam histórias de comunidades isoladas na África o convenceram a optar pelo seminário. No ano em que foi ordenado padre, porém, o papa João XXIII cobrava mais atenção à América Latina. Assim, aos 24 anos, James desembarcou em São Paulo.

Quatro décadas depois, o padre Jaime atravessa o centro do Jardim Ângela, na periferia de São Paulo. O bairro de 280 mil habitantes foi considerado o mais violento do mundo em 1996 pelas Nações Unidas. Uma moradora se aproxima para cumprimentá-lo. Ele segura sua mão, dá um beijo e pede a bênção. Ela ri: “Bença o senhor, padre!”. A um quarteirão da igreja, ele entra na base de Polícia Comunitária, aperta a mão de todos e brinca com um palmeirense. “Esse aí veio da Europa torcer pelo Corinthians”, diz o policial. “Tem de ter mais classe, padre. *Save the Queen!*” Padre Jaime o corrige: “*God save the Queen!*” (“Deus Salve a Rainha”, nome do hino da Inglaterra). E retoma o português carregado de sotaque: “O senhor sabe que essa frase é considerada uma ofensa na Irlanda?”. Os dois dão risada. A parte sul da Irlanda, onde o padre nasceu se tornou independente da Inglaterra em 1922.

A auto ironia e o carisma são os principais instrumentos de Jaime (como é chamado pelos íntimos) em sua missão ao Brasil. Atravessar o quarteirão e entrar na polícia é uma de suas conquistas. Em 1996, ele decidiu que, como padre do bairro mais violento do mundo, não podia seguir apenas “enterrando e

rezando missa de sétimo dia”. No dia 2 de novembro daquele ano, Dia de Finados, organizou a Caminhada pela Vida e pela Paz, que refazia o trajeto ao qual já estava habituado: da igreja ao cemitério. Ao contar cinco mil pessoas andando a seu lado, viu o potencial de mobilização que o tema gerava. Liderou então a criação do Fórum em Defesa da Vida e pela Superação da Violência, grupo que até hoje enche os bancos da igreja toda primeira sexta-feira do mês. São mais de 200 entidades e organizações sociais da região. Juntas, ganham poder de reivindicação diante do governo. Graças ao grupo, o bairro ganhou seu primeiro hospital neste ano. “Eu não podia continuar apenas enterrando e rezando missas de sétimo dia” (PADRE JAIME, 2008).

Nas primeiras reuniões do Fórum, padre Jaime lançou a necessidade de uma polícia diferente. “Aqui só chegava a Rota, naquelas viaturas escuras, com metralhadoras para fora, amedrontando o povo”, afirma. Entre reuniões na igreja e no governo do Estado, falava sobre uma polícia que conhecesse os moradores e fosse conhecida por eles. Em 1999, o modelo foi implementado por meio da Polícia Comunitária. Uma das primeiras bases do Estado foi construída no Jardim Ângela. De lá para cá, a violência caiu 76%. O índice de homicídios chegou a 128 para cada 100 mil habitantes em 2000. Seguindo a mesma proporção, hoje está em 28. “O crime caiu em todo o Estado, mas no Ângela caiu mais graças à parceria com o grupo de Jaime”, afirma o sociólogo Túlio Kahn, coordenador de análise e planejamento da Secretaria de Segurança Pública. “O bairro virou vitrine de como a sociedade e a polícia podem trabalhar em conjunto”. A base do bairro hoje localiza criminosos foragidos por causa de denúncias feitas pela população. A última chegou em uma bola de papel, jogada pela janela dos fundos da base.

Quando recebe chamados de mulheres que sofrem violência doméstica ou crianças vítimas de abuso sexual, a polícia encaminha as vítimas para a Sociedade Santos Mártires, da qual o padre é presidente. Além desses serviços, a entidade tem 30 núcleos de atendimento entre creches, cursos profissionalizantes e uma unidade de internação para dependentes químicos. A rede chega a 11 mil moradores por mês.

Ano sim, ano não, padre Jaime volta à Irlanda para ver a família, que mora na mesma fazenda de sua infância, e celebrar o casamento dos sobrinhos. Já casou 12. A viagem serve para “não deixar os olhos se acostumar” com os problemas do Jardim Ângela: “Os rostos de fome, as casas sem acabamento... O maior pecado é achar isso normal”.

Padre Jaime carrega o espírito da Igreja que encontrou quando chegou ao Brasil em 1969. No auge do regime militar, desembarcou uma semana depois da prisão de um grupo de padres dominicanos que apoiavam a resistência à ditadura. No ano seguinte viu dom Paulo Evaristo Arns assumir a arquidiocese de São Paulo e vender o Palácio Episcopal para construir centros comunitários na periferia. “Era um momento positivo, totalmente diferente da Europa, onde o próprio João XXIII dizia que a igreja estava acomodada”, diz que o padre. Que chama de “questionadora” sua relação atual com a igreja ³.

A Biblioteca Comunitária Cultura Jovem nasceu em meados de 97, com parceiros entre a Paróquia Santos Mártires, a Fundação Fé e Alegria do Brasil e a Comunidade local.

A Paróquia, através do Padre Eduardo recebeu os representantes da Fundação Fé e Alegria, na época, Amarildo e Laura, e após muitas conversas convidaram os jovens da Crisma, daquele ano, para dar início ao Projeto de Bibliotecas Comunitárias.

Até, hoje, o grupo de Mediadores de Leitura, como são chamados os jovens que trabalham voluntariamente na biblioteca, são formados na sua maioria por adolescentes e jovens, que fazem a Crisma na Paróquia. Muitos destes cresceram na comunidade, onde a opção de cultura, lazer e informação ficaram muito restritas.

Por ser a única biblioteca no bairro – a mais próxima está a 10 km –, chegamos a ter 500 atendimentos mensais. Atendemos alunos da pré-escola, os que estão no ensino fundamental e médio, e universitário. Hoje, o acervo existente na biblioteca é de aproximadamente 8 (oito) mil livros, que estão

³ Adaptado e transcrito de texto de Ana Aranha G1.

divididos em áreas diversificadas, desde literatura infantil, Artes, até Economia e Medicina.

Devido à demanda, e os trabalhos que envolvem a criança, os adolescentes e jovens, na comunidade e na Sociedade Santos Mártires, detectamos a necessidade de outras bibliotecas. Com isso, foi criada a Biblioteca Comunitária Espaço Gente Jovem, no Jardim Herculano; e a Biblioteca Comunitária Riviera, que está localizada no Centro de Formação e Recreação São José, no bairro da Riviera; além de minibiblioteca que são especificamente para o público de crianças e adolescentes que participam e são atendidas nos projetos psicossociais na própria Sociedade Santos Mártires.

2.5 UCAD Jardim Ângela

A UCAD - Unidade Comunitária de Álcool e Drogas do Jardim Ângela Microrregião M'Boi Mirim foi fundada em 1998 numa iniciativa da própria comunidade daquele bairro liderada pelo padre da paróquia local, Padre Jaime Crowe que procurou parceria com a equipe do Professor Doutor Ronaldo Laranjeira, coordenador da UNIAD (Unidade de Pesquisa em Álcool e Drogas) da UNIFESP/EPM. Iniciou-se um trabalho voluntário, que inicialmente se desenvolvia aos sábados num salão nas dependências da Igreja Católica local, em parceria entre agentes comunitários e missionários liderados pelo padre Jaime, profissionais da saúde e equipe da UNIAD coordenados pelo professor Dr. Ronaldo Laranjeira.

Em 1997, um ano antes da implantação da UCAD, a taxa de homicídios do Jardim Ângela foi de 86,5 homicídios por 100 mil habitantes em uma população estimada de 240 mil pessoas. Esta taxa representa quase o dobro da média da cidade de São Paulo: 48,7 homicídios para 100 mil habitantes, no mesmo período. O crescimento do número de homicídios ocorreu no princípio da década de 80, coincidindo com a crise econômica. Na década de 90 em contrapartida, o aumento deu-se em 95, após a estabilização da economia. Cada período apresenta explicações diferentes para o aumento verificado: no

primeiro, acredita-se que tenha sido fruto do desemprego e no segundo, do crescente consumo de álcool e drogas.

A desinformação contribui para o crescimento do tabagismo, alcoolismo, a desestruturação familiar, uso indevido de drogas e o risco de contrair doenças infecto-contagiosas, inclusive HIV/AIDS.

O programa da UCAD tem como objetivo promover a melhoria da qualidade de vida dos moradores da região do Jardim Ângela. Os objetivos da UCAD incluem:

1. Promoção de ações de Prevenção ao uso de álcool e drogas;
2. Tratamento aos usuários de álcool, tabaco e drogas ilícitas;
3. Diminuição do número de internações prolongadas de pacientes dependentes de álcool e drogas ilícitas.

Tratando-se de um projeto inovador no Estado de São Paulo e pioneiro no âmbito do tratamento a usuários de álcool e drogas, estabeleceu-se um convênio com a Secretaria da Saúde do Estado de São Paulo, assinado em 11 de Outubro de 1999, assinadas pelos seguintes personagens, representantes legais das instituições a que pertencem: Sr. José da Silva Guedes, Secretário do Estado da Saúde, Professor Dr. Ronaldo Laranjeira - Departamento de Psiquiatria da UNIFESP, Magnífico Reitor da UNIFESP Professor Dr. Hélio Egydio, Sr^a Lilé Covas, representando o Governador do Estado de São Paulo Sr. Mário Covas e representando a Sociedade Santos Mártires (Jardim Ângela) Padre Jaime, sob n. 2946/99-51. Após pesquisa realizada com apoio da comunidade local e da UNIFESP-EPM, no ano de 1998, onde foi constatado que existiam 10 (dez) bares para cada residência da região, fato este amplamente divulgado pela imprensa.

A partir da criação da UCAD surgiu necessidade de criar um espaço intermediário entre as internações prolongadas e o tratamento estritamente ambulatorial que assistisse aos pacientes com um nível de gravidade de dependência maior e com pouco apoio social. Assim nasceu a idéia da criação

da "Moradia Assistida", parte integrante do projeto UCAD - Jd. Ângela, estruturada com base em trabalhos desenvolvidos na Inglaterra como Dry House (Casa Seca) e Community Therapeutic (Comunidade Terapêutica), que são casas onde os usuários permanecem por determinado período e alguns dos objetivos são: realização de desintoxicação, manutenção da abstinência, proteção aos que correm riscos de vida. A moradia Assistida vem atender o objetivo inicial proposto de se evitar a internação prolongada de pacientes com problemas no beber, realizando a desintoxicação e acompanhamento ambulatorial na UCAD. A população alvo da Moradia Assistida configura-se por homens adultos, com faixa etária de 20 a 56 anos em média, moradores da região do Jardim Ângela e em alguns casos específicos ocorrem encaminhamentos por parte da UNIAD - Unidade de Pesquisa em Álcool e Drogas - Departamento de Psiquiatria da UNIFESP-EPM, sendo a capacidade de atendimento da Moradia Assistida de 10 (dez) usuários de álcool, e o período máximo de permanência na mesma de 30 (trinta) dias.

A UCAD - Unidade Comunitária em Álcool e Drogas está localizada no bairro do Parque Bologne, subdistrito do Jardim Ângela.

3.REFORMA SANITÁRIA NO BRASIL

Carvalho⁴ ressalta que desde meados da década de 70 desenvolviam-se movimentos paralelos ao Estado, ainda de baixa visibilidade que, aliados a movimentos sindicais na área de saúde (especialmente de médicos), procuravam articular-se para provocar a revisão do modelo de assistência à saúde então vigente: contributivo (só os segurados da previdência tinham acesso aos serviços de saúde), burocrático (centralizado em Brasília sem qualquer participação popular), adepto de uma orientação medicalista e privatizante e vinculado ao Ministério da Previdência. Lutavam, nesse primeiro momento, pela ampliação do acesso e por maior participação popular.

A reorganização do setor da saúde no Brasil tem como marco a criação Sistema Único de Saúde, de acordo com Constituição Brasileira de 1988.

O Sistema Único de Saúde garantiu a todos os brasileiros, a universalização do direito à saúde sob a responsabilidade do Estado, o atendimento integral com prioridade para as atividades preventivas sem prejuízo dos serviços assistenciais e deu ênfase na descentralização com comando único em cada esfera do governo e na participação da comunidade.

A implementação do SUS iniciou nos anos de 1990, após a criação da Lei Orgânica de Saúde (Leis 8080 e 8142 de 1990), e das várias normas e portarias emitidas pelo Ministério da Saúde – as Normas Operacionais Básicas (NOB) e as Normas Operacionais da Assistência à Saúde (NOAS) – como instrumentos de regulamentação do sistema.

3.1 A Lei Orgânica da Saúde

Esta Lei Orgânica da Saúde regulamenta em todo território brasileiro as ações e serviço de Saúde.

⁴ Antônio Ivo de Carvalho: Médico Sanitarista, Mestre em Saúde Pública, Professor e pesquisador do NUPES/ENSP/FIOCRUZ.

A saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício.

O Estado tem o dever de garantir a saúde na excussão e regulação de políticas econômicas e sociais, visando à redução de risco de doenças e seus agravos, assegurando acesso universal e igualitário às ações e os serviços para promoção, proteção e recuperação da saúde. Garantido as pessoas condições de bem estar físico, mental e social.

A Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, “que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências”, instituindo o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (Art. 1º - Lei n. 9836/1999).

Ao analisar a lei Orgânica da Saúde é necessário conhecer um pouco mais da história do Brasil. Sob o aspecto político, no final da década de 80 e 90. As ações são capazes de eliminar ou prevenir riscos à saúde e de intervir nos problemas sanitários decorrentes do meio ambiente.

3.2 Norma Operacional Básica nº 01/91

Os Conselhos de Saúde, em caráter permanente e deliberativo, com representação paritária e composta por representantes dos governos, prestadores de serviços, profissionais de saúde (50%) e usuários (50%) atuarão na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde na instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros.

Caberá aos Conselhos de Saúde a aprovação dos Planos de Saúde em cada esfera de sua atuação, bem como a fiscalização da movimentação dos recursos repassados às Secretarias Estaduais, e Municipais e/ou Fundos de Saúde.

3.3 Norma Operacional Básica nº 01/93

Esta Norma Operacional Básica, do Ministério da Saúde, tem como objetivo disciplinar o processo de descentralização da gestão das ações e serviços de saúde na perspectiva de construção do Sistema Único de Saúde. Fundamenta-se, para tanto, no texto constitucional, nas leis que regulamentam o SUS – a Lei 8.080, de 19/09/90 e a Lei 8.142 de 28/12/90.

Considerando que os Municípios, os Estados e os próprios órgãos do Ministério da Saúde encontram-se em estágios diferentes em relação à descentralização do sistema, esta norma define procedimentos e instrumentos operacionais que visam ampliar e aprimorar suas condições de gestão, com o sentido de efetivar o comando único do SUS nas três esferas de governo. Tais procedimentos e instrumentos configuram a convivência simultânea de situações diferenciadas de gestão do SUS nos estados e municípios, dentro de uma nova sistemática de relacionamento entre as três esferas de governo.

3.4 Norma Operacional Básica n° 01/96

Reordena o modelo de atenção à saúde definindo:

- Os papéis de cada esfera de governo e, em especial, no tocante à direção única;
- Os instrumentos gerenciais para que municípios e estados superem o papel exclusivo de prestadores de serviços e assumam seus respectivos papéis de gestores do SUS;
- Os vínculos dos serviços com os seus usuários, privilegiando os núcleos familiares e comunitários, criando, assim, condições para uma efetiva participação e controle social.

As NOB's - SUS 91, 93 e 96, além de promover uma integração de ações entre as três esferas de governo, desencadearam um processo de descentralização intenso, transferindo para os estados e, principalmente, para os municípios, um conjunto de responsabilidades e recursos para a

operacionalização do Sistema Único de Saúde, antes concentradas no nível federal.

Considerando-se o contexto e as concepções de saúde que têm como referência doutrinária a Reforma Sanitária Brasileira e como estratégia de reordenação setorial e institucional o Sistema Único de Saúde, a competência profissional dos trabalhadores de saúde é compreendida como um dos componentes fundamentais para a revolução qualitativa desejada para os serviços de saúde.

4. PARTICIPAÇÃO POPULAR NO BRASIL

4.1 Cidadania no Brasil

A cidadania é objetivo perseguido por todos que desejam mais direitos individuais e coletivos. Após a constituição de 1988 a sociedade brasileira andou em passos largos no sentido das conquistas de direitos.

A cidadania expressa um conjunto de direitos que dá à pessoa a possibilidade de participar ativamente da vida e do governo de seu povo. “Quem não tem cidadania está marginalizado ou excluído da vida social e da tomada de decisões, ficando numa posição de inferioridade dentro do grupo social” (DALLARI, 1998, p,14).

A história da cidadania no Brasil está diretamente ligada ao estudo histórico do desenvolvimento constitucional do País. A Constituição imperial de 1824 e a primeira Constituição republicana de 1891 consagravam a expressão *cidadania*. Entretanto, a partir de 1930 Wilba Bernades⁵, observa uma clara distinção nos conceitos de cidadania, nacionalidade e naturalidade.

- Nacionalidade refere-se à qualidade de quem é membro de um estado brasileiro;

⁵Wilba Lúcia Maia BERNARDES: Advogada e Professora - Bacharel em Direito pela Faculdade de Direito "Milton Campos", concluído em 1988 - Nova Lima – MG.

- Naturalidade

A cidadania é própria da história das lutas pelos direitos básicos do indivíduo: lutas marcadas por massacres violência e exclusão são o que caracterizam o Brasil desde os tempos da colonização. Apontamos outros caminhos a serem percorrida, desigualdade, exclusão social, desemprego, miséria, analfabetismo, questão agrária, questão indígena.

Foram dados passos importantes na cidadania. A segunda metade do século XX foi marcada por avanços sócio-políticos importantes: o processo de transição democrática, a volta de eleições diretas, a promulgação da Constituição de 1988. Ainda incipiente há muito que ser feito. A começar pela correção em relação a conceitos, valores e concepções.

É notório que o Brasil é um País injusto, ou seja, a sociedade brasileira é extremamente desigual. Basta observarmos os dados do IBGE para averiguarmos os motivos de tantos contratos dentro do mesmo país.

Touraine⁶ define a liberdade como a primeira das condições necessárias e suficientes à sustentação democrática. A outra condição para uma democracia sólida é a cidadania. Ser cidadão é interessar-se pelo bom andamento das atividades do Estado, que este seja coerente com os seus fundamentos, razoável no cumprimento das suas finalidades e intransigente em relação aos seus princípios constitucionais.

O exercício do voto é um ato de cidadania. Contudo, indicar um governante não basta. Este precisa de sustentação para o exercício do poder que requer múltiplas decisões.

Ser cidadão é ter consciência de que é sujeito de direitos. Direitos à vida, à liberdade, à propriedade, à igualdade de direitos, enfim, direitos civis, políticos e sociais. Mas este é um dos lados da moeda. Cidadania pressupõe também deveres. O cidadão tem de ser consciente das suas responsabilidades.

⁶ Alain Tourine : Sociólogo, Frances .

4.2 Movimentos Sociais

Os movimentos sociais e a participação popular estão relacionados à problemática das classes sociais oriundas da sociedade capitalista. As greves e as reivindicações são formas de expressões na luta por melhores condições de existência.

(...) Dizemos que a participação é conquistada para significar que é um processo, no sentido legítimo do termo: infindável, em constante vir-a-ser, sempre se fazendo. Assim, participação é em essência autopromoção e existe enquanto conquista processual. Não existe participação suficiente, nem acabada. (DEMO, 1993, p. 18).

Os progressos analisados em alguns momentos da história no Brasil, nas trajetórias econômicas, sociais e políticas sempre tiveram vinculadas aos interesses do capitalismo internacional o papel do Brasil foi sempre de subalternidade em relação aos países desenvolvidos fazendo com que o povo vivesse em uma situação opressiva.

Durante o período de colonização portuguesa não foi proporcionado nenhum desenvolvimento interno e nem base para o desenvolvimento industrial futuro.

No final do Império, a estrutura social resultante de quase quatrocentos anos de história era de “uma classe dominante” composta de senhores de escravos e de terras, uma “classe média” de militares, profissionais liberais, funcionários públicos e pequenos produtores agrícolas e de uma “classe baixa”, maioria da população, composta de escravos, trabalhadores seres livres, colonos e trabalhadores.

Não existia projeto político que contemplasse os interesses da maioria, ficando essa população, por longo tempo, sujeita à dominação das oligarquias agrárias conservadoras e das elites liberais.

O movimento operário no Brasil é influenciado pelas ideias anarquistas trazidas pelos imigrantes europeus. A classe operaria começou a se organizar e os sindicatos surgiram no início do século XX.

Apesar de muitas lutas, as reivindicações nas greves por melhoria nos salários, redução na jornada de trabalho, pela regulamentação do trabalho feminino e infantil, pelo descanso semanal, pela revogação da lei de expulsão dos estrangeiros, que eram impedidos de participar das lutas sindicais. No entanto, em 1920, após em as violentas repressões sofridas, com prisões e expulsões de estrangeiros. Apesar de muitas lutas as reivindicações nas greves eram sempre as mesmas em face a limitação das conquistas obtidas e da pouca mudança em relação a opressão sofridas pelos trabalhadores dentro e fora das fabricas.

O movimento operário voltaria a crescer nas décadas de 45 e 46, proporcionada pela Constituição Liberal que vigorou até 1964. Os movimentos sociais avançaram nos anos 60, proporcionando uma crescente participação popular nas discussões dos problemas nacionais.

Com o golpe militar de 1964 o processo de participação popular foi restringido e qualquer manifestação que representasse ameaça a ordem publica,

A perversa situação imposta no Brasil pela Ditadura Militar (1964 -1985), impedindo o livre exercício dos direitos políticos, desmobilizou os movimentos sociais que passaram de um plano de atuação concreta para a descrença em face da decepção da sociedade civil com a política.

No final dos anos 70, acontece o reaparecimento do movimento operário, com as greves no ABCD paulista, em 1978, bem como sua reorganização através das centrais sindicais: Central Única dos Trabalhadores (CUT) e Central Geral dos Trabalhadores (CGT) e da articulação com partidos políticos.

Nos anos 80, a relevância dos movimentos sociais foi a campanha por eleições diretas para presidente da República – as Diretas Já (1984-1985) e na Constituinte de 1988, na qual se verificaram avanços importantes com relação aos direitos de cidadania. Surgem novos movimentos centrados em questões éticas ou de valorização da vida. Em vista da violência, dos escândalos

políticos, clientelismo e corrupção, a população reage no plano da moral e nas questões sociais referentes a problemática da idade, fazendo surgir movimentos como: Movimento Nacional dos Meninos e Meninas de Rua (MNMMR), Movimento dos Aposentados, do Negro e do Indígena, dos Homossexuais, Feministas, Ecológicos e outros.

Nos anos 90, a exoneração do então presidente Fernando Collor de Mello é resultado de intensas mobilizações da sociedade civil onde se destacaram os “cara-pintadas”, cujo intuito era o estabelecimento da ética na política.

Entrando no século XXI, os movimentos sociais e a participação populares se reconfiguram, em face da globalização se apresentam com novas formas de resistência que substituem os movimentos sociais, são grupos de cidadãos que se organizam na defesa de direitos.

A reversão dos estragos dos anos 1990, que foram econômicos, políticos, sociais e culturais, portanto, é possível, mas vai exigir muita coragem e vontade política dos novos dirigentes do país, e muita mobilização popular, para além do voto (BEHRING, 2003, p. 287).

A conquista dos direitos é resultado de lutas sociais empreendidas por movimentos populares e organizações sociais que reivindicaram direitos e espaços de participação social. O conflito social deixa de ser simplesmente reprimido e passa a ser reconhecido.

4.3 Controle Social

A Lei n.º 8.142/90, resultado da luta pela democratização dos serviços de saúde, representou e representa uma vitória significativa. A partir deste marco legal, foram criados os Conselhos e as Conferências de Saúde como espaços vitais para o exercício do controle social do Sistema Único de Saúde (SUS).

Controle Social é a descentralização do Estado motivando grupos de pessoas a solucionar problemas sociais, tendo este amparo legal e

constitucional, ou seja, é a participação social na gestão pública. Esta participação se torna mais eficiente e constante porque a sociedade brasileira está mais participativa e mais preparada para reparar os conflitos sociais. Esta solução se torna mais rápida porque a própria sociedade que sofre com os conflitos é a mesma que busca os mecanismos para reparar essas deficiências.

O Controle Social é um instrumento democrático no qual há a participação dos cidadãos no exercício do poder colocando a vontade social como fator de avaliação para a criação e metas a serem alcançadas no âmbito de algumas políticas públicas, ou seja, é a participação do Estado e da sociedade conjuntamente em que o eixo central é o compartilhamento de responsabilidades com o intuito de tornar mais eficaz alguns programas públicos.

A ampliação do controle social incide de maneira expressiva na administração, podemos citar constitucionalmente a edição de lei regulamentando as formas de participação do administrado seja direta ou indiretamente.

Portanto, Controle Social é uma maneira de estabelecer um compromisso entre o poder público e a sociedade com a finalidade de encontrar saída para os problemas econômicos e sociais.

O Jornal informativo INFORJAM - do Centro de Estudos e Pesquisas Dr. João Morim – CEJAM é disponibilizado aos usuários do Serviço de Saúde da região M'Boi Mirim. As reportagens têm o objetivo de informar os usuários em relação aos serviços prestados.

A AMA Figueira Grande é fruto de uma intensa mobilização da comunidade. A AMA é referência para quatro Unidades Básicas de Saúde, realiza em média 6.500 atendimentos por mês e mudou a rotina da saúde da comunidade.

Dona Cleide Vaz – Conselheira Gestora da AMA é uma das responsáveis pela conquista deste equipamento de Saúde.

A conselheira conhece todos os funcionários e as rotinas da unidade, é muito comprometida com a comunidade. Sabe a importância de ser conselheira atuante e aprendeu na prática que a mobilização da comunidade pode transformar muitas coisas.

Sr. Gerson Assioli, morador da região há 17 anos é Conselheiro Gestor há 9 anos. Participava ativamente de vários conselhos como da Supervisão de Saúde. Defensor do Sistema Único de Saúde. *“Quando parei de trabalhar por problemas de saúde e por consequência disso passei a frequentar mais o posto de saúde. Ficava revoltado com o atendimento e um amigo meu que era agente comunitário me disse Já que é brigão, não quer entrar no Conselho Gestor”*.

O conselheiro era líder de bairro, inclusive diplomado por um curso técnico e delegado do Meio Ambiental.

O Sr. Jorge da Silva relata que não havia assistência na região. Mas a partir do Fórum de defesa da vida, presidido pelo padre Jaime, realizavam reuniões e aí algumas pessoas entraram no projeto. *“Não tínhamos locais para os atendimentos, mesmo depois da implantação do projeto Saúde da Família”*.

As conquistas narradas nas entrevistas pelos conselheiros gestores da região corroboram na efetivação dos movimentos sociais no bairro do Jardim Ângela e Jardim São Luiz.

5. ANÁLISE, INTERPRETAÇÃO E DISCUSSÃO DE DADOS

Neste capítulo serão demonstrado por meio de análise gráfica às opiniões dos em relação a estruturação dos Conselhos de Saúde da Microrregião M'boi Mirim.

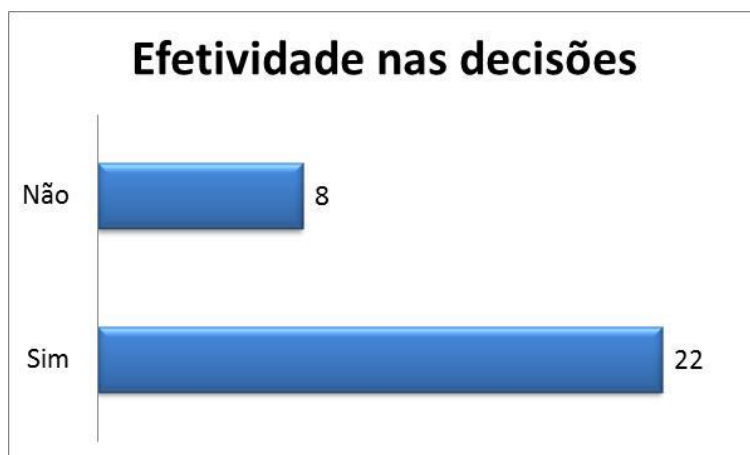
O questionário foi aplicado aos Conselheiros de Saúde, eleitos pela população da Microrregião M'boi Mirim. A lei 8142/90 prevê a educação em Saúde aos conselheiros. Dentre elas o Curso de Capacitação para conselheiro.

Os conselheiros entrevistados são representantes dos Conselhos de Saúde das Unidades Básicas de Saúde, Conselho de Saúde da Supervisão Técnica de M'Boi Mirim e Conselho de Saúde da Assistência Médica Ambulatorial.

Gráfico 1. Capacitação



Observa-se no Gráfico 1, que 100% dos Conselheiros entrevistados realizaram a Capacitação para conselheiro. O processo de capacitação é de grande importância para o aprimoramento e fortalecimento para a atuação dos mesmos. A capacitação conta com a parceria da Secretária Municipal de Saúde - SMS e da Escola Técnica de Saúde do SUS-ETSUS/SP.

Gráfico 2- Efetividade

Já no Gráfico 2, observa-se que dos 30 conselheiros entrevistados 73,33% confirmaram que as deliberações são efetivadas porque são registradas em ATA. Sendo assim são acompanhadas no conselho gestor locais e em outras instâncias até a sua conclusão. Entretanto 26,67% mencionam que alguns assuntos discutidos mesmo registrados em ATA são esquecidos.

De acordo com Elizabeth Barros, o reconhecimento tem que ser autêntico e verdadeiro. É isso que confere a legitimidade à representação. Os conselheiros são os porta-vozes de uma coletividade que reconhece seus interesses e suas demandas.

Gráfico 3 – Regimento Interno



No gráfico 3 – observa-se que o conselho busca realizar as discussões das políticas de Saúde dentro dos diferentes segmentos. O Regimento Interno do Conselho Gestor possibilita que as discussões sejam direcionadas. As atividades dos conselheiros são consideradas de relevância pública e devem ser pautas pela ética. A pesquisa aponta que 43,33% dos conselheiros entrevistados consideram que o Regimento Interno é respeitado totalmente, 43,33% consideram que é respeitado parcialmente e 13,34% afirmam que o documento não é respeitado.

Gráfico 4 – Opiniões dos Conselheiros



O Gráfico 4 demonstra que 56,67% dos entrevistados afirmam que as opiniões dos conselheiros não são respeitadas porque os colaboradores dos serviços de saúde discordam da postura dos conselheiros. Alguns profissionais não conhecem o papel do conselheiro e outros não aceitam porque se sentem

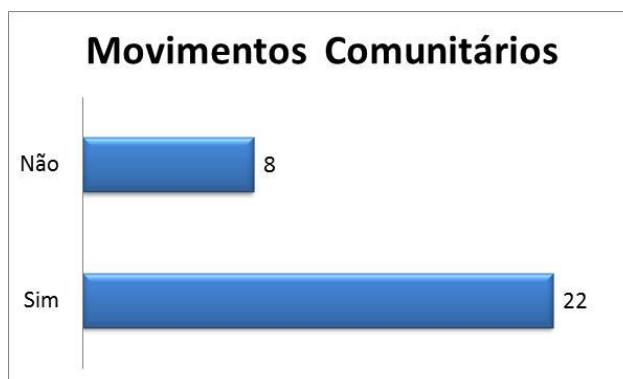
ameaçados com as colocações do conselheiro. Contudo 43,33% afirmam que as opiniões dos conselheiros são respeitadas porque os assuntos são discutidos em plenária, onde todos os conselheiros e convidados podem deliberar. As decisões dos conselhos são resultados de negociações e respeito à pluralidade.

Gráfico 5 – Conferência de Saúde



Neste item da pesquisa procurou-se avaliar a participação dos conselheiros nas Conferências de Saúde e temas discutidos. 73,33% dos entrevistados afirmam que já participaram de uma ou mais conferência de saúde. Os citados pelos entrevistados foram as duas últimas conferências, ano de 2010 - Tema - 100% SUS e 2011 Todos Usam o SUS. 26,27% nunca participaram de nenhuma conferência de saúde. É importante ressaltar que a representatividades dos usuários não podem ser escolhidos pelos governantes.

Gráfico 6 – Movimentos Comunitários



O gráfico 6 demonstra que 73,33% dos conselheiros são integrantes de os movimentos comunitários. Seja presidente de Associação Amigo de bairro ou movimentos de Saúde. Entretanto 26,27% não estão ligados a nenhum destes grupos, mas são conselheiros de saúde e atuam em prol da saúde da comunidade. Apesar de todas as dificuldades, os conselheiros têm mostrado muito promissores nas unidades de saúde em que houve um esforço dos conselheiros locais para enfrentar as divergências.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante da análise da pesquisa realizada com os conselheiros de saúde da Microrregião M'Boi Mirim foi possível perceber que os conselheiros são indivíduos totalmente envolvidos com a comunidade.

É importante ressaltar que as atividades desenvolvidas como conselheiros de saúde estão pautadas nas diretrizes do Conselho Nacional de Saúde. Todos os conselheiros entrevistados realizaram a capacitação para conselheiros, com o objetivo de prepara-los para que possam multiplicar as informações de saúde.

Fica evidente que em algumas unidades de saúde o processo de trabalho precisa ser revisto para que o conselheiro seja aceito como um aliado da unidade com a comunidade. Destacando a necessidade de respeito em relação às opiniões dos conselheiros e o regimento interno. Desta forma os conselheiros possam atuar de forma a contribuir para ampliar a participação social na saúde e fortalecer as ações intersetoriais na perspectiva de valorização do espaço local para superar as lacunas das Políticas Públicas tradicionais. Estas, portanto, são as premissas gerais que norteiam as responsabilidades individuais e coletivas do Sistema Único de Saúde desta cidade.

O Conselho de Saúde tem um grande desafio que é preparar adequadamente usuários do serviço de saúde com a finalidade de buscar alternativas na forma de organização, com capacidade de enfrentar situações e acontecimentos, com iniciativa e responsabilidade. Desta forma o conselheiro em alguns momentos terá que iniciar uma ação na comunidade por conta própria, mas tendo o respaldo da unidade. Tendo ainda a capacidade de responder pelas ações sob sua própria iniciativa e sob iniciativa de pessoas envolvidas nestas ações.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AMORIM, Centro de Estudos e Pesquisas Dr. João. Jornal Informativo janNº 3 – ano I – Fev/2010. - Acesso em 31/08/2011.

BARROS, Maria Elizabeth Diniz. O Controle Social e o processo de descentralização dos serviços de Saúde. *In*: Incentivo à Participação Popular e Controle Social no SUS: textos técnicos para conselheiros de saúde. Brasília: IEC, 1998.

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

BRASIL. Lei 8.080 de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, 1990.

BRASIL. Ministério da saúde. Conselho Nacional de Saúde. Cadastro Nacional de Conselhos de Saúde.

BEHRING, Elaine Rossetti. Brasil em contra – reforma: desestruturação do Estado e perda de direitos. São Paulo: Cortez, 2003.

BERNARDES, W. L. M. Da nacionalidade: Brasileiros natos e naturalizados. Belo Horizonte: Del Rey, 1995.

BONAVIDES, Paulo. Teoria Constitucional da Democracia Participativa.

CARVALHO, Antônio Ivo de. Conselhos de Saúde no Brasil – Participação Cidadã e Controle Social. Rio de Janeiro: FASE/IBAM, 1995.

COSTA, Luzia Marivalda Barreiro da, Vani Terezinha de Rezende, Vera Lúcia Salazar Pessoa, Wisley Francisco Aguiar. Manual de Normas para elaboração de trabalhos científicos: Uberlândia, 2011.
http://www.catolicaonline.com.br/portal/wpcontent/uploads/2011/02/manual_catolica_versao_03-02-2011- acesso 20/01/2011 às 21hs.

DEMO, Pedro. Participação é conquista. São Paulo: Cortez, 1993.

DIAS, Luciana, Jô Azevedo, Nair Benedicto. Quando o passado se transforma em História: São Paulo, Cortez, 2004.

FATORELLI, Carlos Alberto, Ednalva M. A. Fatorelli. Bairro São Luiz Nossa gente, nosso “jardim” São Paulo, 2008

KELSEN, H. Essência e Valor da Democracia. In: KELSEN, H. A Democracia. São Paulo: Martins Fontes, 1929.

MACHADO, Francisco de Assis. Participação Social em Saúde. In: Anais da 8ª Conferência Nacional de Saúde. Ministério da Saúde, 1986.

RICHARDSON, Roberto Jarry. Pesquisa social: métodos e técnicas. 3 ed. São Paulo: Atlas, 1999.

SAÚDE, Conselho Nacional de: Resolução 287 de 08 de outubro de 1998. Disponível em, http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/reso_98.htm Acesso em: 10 set. 2011 às 21hs.

SAÚDE, Conselho Nacional de: Legislação do SUS. Brasília: CONASS, 2003. ISBN 85-89545-01-6. - Acesso em: 10 set. 2011 às 20hs

DALLARI, D.A. Direitos Humanos e Cidadania. São Paulo: Moderna, 1998.

SÃO PAULO, Minha Cidade - *Conte a sua história*.

http://saopaulominhacidade.com.br/bairros_mboi_mirim.asp - Acesso em 10/01/2011 às 19h40min

SEVERINO, Antônio Joaquim. Metodologia do trabalho científico. 20 ed. São Paulo: Cortez, 1996.

SILVA, Alessandra Ximenes da: Conselho Nacional de Saúde, Coordenação de Comunicação e Informação em Saúde SE/CNS - Esplanada dos Ministérios Brasília – DF. -<http://formsus.datasus.gov.br/cns/>. Acesso em 15/02/2011 às 12hs28min



ANEXO I

QUESTIONÁRIO DE PESQUISA (MODELO)

1. Você já realizou capacitação para Conselheiro?

() Sim () Não

Se sim, como sucedeu? _____

2. A opinião do conselheiro ao participar da reunião com relação a efetividade é levada em conta nas decisões?

() Sim () Não

Explique: _____

3. O regimento interno do Conselho Gestor aprovado pelos conselheiros é respeitado?

() Sim () Não () Parcialmente

Explique: _____

4. Os conselheiros do segmento trabalhador respeitam as opiniões dos conselheiros do segmento usuário?

() Sim () Não

Explique: _____

5. Você já participou de alguma Conferência de Saúde?

() Sim () Não

Se sim. Quantas e quais foram os assuntos: _____

6. Você faz parte de Associação ou Movimentos Sociais?

() Sim () Não

Explique: _____



ANEXO II

TERMO CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (MODELO)

Eu, _____, concordo em participar do Trabalho de Pesquisa _____, cujos objetivos são _____.

Reconheço que os resultados dessa pesquisa poderão contribuir para _____.

Fui informado que será mantido sigilo das minhas informações e que minha pessoa será mantido no anonimato.

Autorizo a pesquisadora realizar procedimento de observação, sendo que esse procedimento não será (**ou será**) gravado com nenhum equipamento para voz ou imagem.

Em necessidade de procedimento de entrevista semi-estruturada, **autorizo (ou não autorizo)** a pesquisadora fazer gravação com equipamento para voz, e que será mantido sigilo da minha identidade pessoal.

Permito somente que minhas informações sejam identificadas como _____.

e que me sinto à vontade para desistir da pesquisa a qualquer momento.

Qualquer informação adicional poderá ser dirigida a(o) pesquisador(a) _____ pelo telefone _____, FAX _____ ou E-mail _____.

Assinatura do pesquisador

Assinatura do participante
