

**SAÚDE PÚBLICA NO BRASIL:
REVISÃO DE FATOS IMPORTANTES E DESCRIÇÃO SOBRE A ATUAÇÃO DO
CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DE MARÍLIA**

*PUBLIC HEALTH IN BRAZIL:
REVIEW OF IMPORTANT FACTS AND DESCRIPTION ON THE PERFORMANCE OF
THE CITY COUNCIL OF HEALTH MARÍLIA*

Marcio Vinicius Rossetto Martin - Odontologia da Universidade de Marília

Resumo

A estruturação e funcionamento dos Conselhos Municipais de Saúde devem ser contextualizados dentro do processo histórico de formação e na consciência cidadã brasileira. O objetivo desse estudo é analisar os fatores agregados ao longo do tempo na construção da consciência cidadã brasileira, enquanto comportamento individual e como essa participação da população acontece nas tomadas de decisões sobre saúde pública. Para melhor conhecimento sobre a temática, buscou uma análise junto ao Conselho Municipal de Saúde do Município de Marília/SP, onde foi possível observar o desinteresse popular á participação nas decisões relevantes em saúde pública. Neste sentido, o estudo traz um contexto histórico da saúde pública, visando encontrar os motivos que levam ao desinteresse da população em participar das tomadas de decisões. O método adotado é a revisão bibliográfica nas bases *Scielo*, análise documental dos arquivos do Conselho Municipal de Saúde e relatórios de Gestão da Saúde Municipal da cidade de Marília/SP, dos anos de 2005 a 2011.

Palavras-chave: Conselhos Municipais de Saúde. Consciência. Estado Democrático. Estrutura. Participação Popular em Saúde Pública.

Abstract

The structuring and functioning of the Municipal Health Councils must be contextualized

within the historical process of formation and consciousness Brazilian citizen. The aim of this study is to analyze the factors aggregated over time in building awareness Brazilian citizen, while individual behavior and how this happens participation of the population in decision-making on public health. To the best knowledge on the subject, sought a review by the City Council of the City Health Marília / SP, where we could observe the popular disinterest will participate in decisions relevant to public health. In this sense, the study provides a historical context of public health, in order to find the reasons why the disinterest of the population to participate in decision making. The method adopted is the literature review in the Scielo, documentary analysis of the files of the City Council Health and Health Management reports the City of Marília / SP, the years 2005 to 2011.

Keywords: Municipal Councils Health Awareness. Democratic State. Structure. Participation in Health Popular.

Introdução

Segundo o artigo 196 da Constituição da República Federativa do Brasil de 1988¹, [...] a saúde é um direito do cidadão e um dever do estado [...]”, é importante que a população possua espaço organizacional para fazer valer seus direitos. O Estado também é capaz de produzir serviços a este nível, porém, o que se observa ainda no Brasil daqueles que prestam serviços públicos de saúde, é a procura de sua própria satisfação pessoal pela aquisição e permanência no serviço público e não garantir rotineiramente um padrão de qualidade de atendimento aos usuários da saúde pública.

É certo que ocorreu mudanças com a promulgação da Constituição de 1988, entretanto uma forte herança de alienação popular ainda é muito presente. Devido à concepção colonialista percebida na sociedade, negam-se direitos às classes desfavorecidas, mantendo-as

em permanente estado de submissão, atitude perpetuada pelo modelo burocrático de gestão de saúde pública há anos vigente.

O objetivo do presente trabalho é descrever, resumidamente, as formas de manifestação popular nas decisões em saúde pública, os fatores positivos e negativos ainda vigentes nessa participação e a interação desses nas atitudes e manifestação dos Conselhos Municipais de Saúde - COMUS.

Procedimentos Metodológicos

O método adotado é a pesquisa exploratória-qualitativa de revisão bibliográfica nas bases *Scielo* e similares, realizada no período de junho a julho de 2012, além da análise documental dos arquivos de atas e relatório de gestão em saúde do COMUS da cidade de Marília, Estado de São Paulo, com uma abordagem qualitativa, sem tendência ou influência a qualquer resultado pré-estabelecido. A consulta aos documentos do COMUS da referida cidade foi devidamente autorizada pelo responsável.

Revisão Bibliográfica

A análise tem como referencial buscar algumas das causas, como a forma que é estruturada e as características da população brasileira, enquanto se articula ou não, para garantir seus direitos em saúde, desde a colonização até a contemporaneidade do país.

Atuação governamental e popular na estruturação e Gestão da Saúde Pública no Brasil

O início da Colonização Portuguesa, o Brasil era visto como um local apenas para se

explorar riquezas. Os imigrantes após certo tempo retornavam a Europa, considerada a civilização, e em razão deste constante movimento, não havia interesse do governo na saúde da população colonial.

O pesquisador Marcus Vinícius Polignano², explica que a história da implementação de políticas públicas de saúde está intimamente relacionada à conscientização política e econômica da população enquanto cidadãos, ou seja, a luta de classes pelo poder político e distribuição de renda. Até a vinda da família real ao Brasil no século XIX a população local usava os recursos vegetais e as tradições indígenas, africanas e europeias terapêuticas para tratamentos das moléstias tropicais com o auxílio de curandeiros, pajés dentre outros. O governo limitava-se apenas ao controle. Dos navios que chegavam aos portos, relativo ao escorbuto, alimentos e água contaminada dos tripulantes, devido ao pouco desenvolvimento sanitário e médico da época, apenas era dada atenção a saúde dos trabalhadores e proprietários dos meios de transporte que comerciavam entre as metrópoles europeias.

A população local tinha apenas a concepção de que deveria pagar tributos aos colonizadores portugueses. Os cuidados sanitários públicos eram delegados as juntas municipais, que pouquíssimo faziam pela saúde popular.

Durante o ciclo de mineração em Minas Gerais, a evolução econômica e política da colônia brasileira trouxeram consigo os primórdios da conscientização política aos brasileiros, através da ideologia importada. Os ideais da Revolução Francesa e Independência Americana, presente ao longo da História do Brasil, aliados ao descontentamento pelos altos impostos e falta de autonomia política, marcam o início de um questionamento, se bem que restrito às camadas de certa forma privilegiadas da população das províncias mineiras, de cidadania e distribuição de poder à população³.

De acordo com Polignano², a participação da população variava ao longo do tempo, nesse movimento emancipacionista de cunho apenas político-econômico. Foi somente após a

Expansão Napoleônica na Europa, que enfatizou a importância da exploração no Brasil, que o governo português modernizou a infraestrutura básica com a tecnologia disponível na época nas cidades portuárias do Rio de Janeiro e Salvador, mais especificamente na primeira, em razão de possuir atributos mais ou menos semelhantes a Lisboa, para abrigar a corte portuguesa. Não existiam no Brasil farmacêutico (boticários) ou médicos em quantidade suficiente aos colonizados, tão pouco leis regulamentadoras e escolas de ensino em saúde².

O primeiro curso médico oficial no Brasil foi criado em 1801, em Minas Gerais, na cidade de Vila Rica, hoje conhecida como Ouro Preto⁴. Em 1808 foi criada em Salvador a Escola de Cirurgia do Hospital Real Militar e no Rio de Janeiro a Escola de Cirurgia do Rio de Janeiro, inicialmente no Real Hospital Militar de Ultramar, e mais tarde transferida para a Santa Casa do Rio de Janeiro⁵.

A população local, desde a elite canavieira até as camadas populares, aprovava o governo de Maurício de Nassau, que concedeu créditos aos produtores de açúcar para aumentar a produção. Com a colaboração do médico Willem Piso, os feitos em saúde e assistência pública foram consideráveis, como a fundação de um hospital e de um asilo para pobres e órfãos, a organização das execuções penais na região concedendo liberdade de religião no contexto da contra reforma da época, regulamentação do casamento, construção de um jardim zoológico e várias pontes em Recife, atitudes estas que trouxeram aceitação e apoio popular ao governo de Nassau⁶.

O Cenário da República

Mesmo após a independência do Brasil e durante o governo monárquico brasileiro pouco se fez em relação à conscientização e educação da população. O Brasil continuou no modelo econômico agrário-exportador escravista. Uma nova classe social reivindicava a

participação no poder: a elite dos cafeicultores, aliada às novas ideias do exército positivista, que trazia a necessidade de mudanças no poder e a crise do escravismo que não conseguia mais fornecer mão-de-obra à crescente demanda nos cafezais. Neste contexto houve a Proclamação da República, sendo que as camadas populares em sua maioria analfabetos, não participaram deste processo⁷.

A implementação das bases da estrutura republicana moderna capitalista do Brasil foi manipulada pelas classes dominantes da época, que não permitiam a conscientização e participação popular na formação do Estado Brasileiro nem da resolução das questões sociais. Nesse primeiro período, denominado República Velha, as soluções já eram apresentadas prontas para a população, manipuladas por uma classe dominante distante, alheia à realidade social, verticalizadas e impregnadas de interesses particulares nocivos ao bem estar público, que por não respeitarem as características e particularidades regionais são de difícil implantação e não surtem efeitos⁸.

Destacam-se neste período, as atitudes sanitárias, que demonstrou com a Revolta da Vacina, ocorrida sob o governo de Rodrigues Alves, a existência do binômio da participação popular e o governo. Vale ressaltar a figura de Rodrigues Alves, que foi eleito graças à articulação da Política dos Governadores, na maioria integrantes da oligarquia cafeeira. Estruturou-se uma forma de perpetuação das oligarquias agrárias no poder por várias décadas atuantes do nível federal até os municípios, baseado no interesse da elite cafeeira, qual seja, a troca de favores, corrupção da justiça e dos governantes, fraudes no processo eleitoral, violência nas eleições e temor da população aos coronéis regionais².

Os eleitores votavam e mesmo que houvesse candidatos da oposição muito populares, esses não eram diplomados. Enfim a população não concretizava sua vontade política, era apenas manipulada numa democracia de aparências⁹.

Neste contexto, a chamada Revolta da Vacina ocorreu na cidade do Rio de Janeiro,

capital da recém-implementada República. Em parte não era uma preocupação de saúde pública, mesmo porque não havia qualquer movimento de conscientização na população, para que tivessem conhecimento sobre o que era uma vacina e os benefícios advindos. Simplesmente a população era obrigada a vacinar, sem saber para qual finalidade.

Nessa época, os abusos do governo, eram ratificados pelas internações em hospícios, justificado pela tese de degeneração do povo brasileiro. A polícia colaborava com as oligarquias para conter os movimentos sociais, pois, a questão social brasileira era caso de polícia, e essa resolvia e calava as manifestações populares. Baderneiros e desocupados eram rotulados aqueles da população que se despunham a lutar por seus direitos em passeatas, greves, dentre outras, encarcerados em hospícios ou presos¹⁰.

A campanha de vacinação obrigatória, ratificada pela lei de vacinação de 1904, insere-se no contexto de modernização da capital da República, acompanhado da reurbanização do centro antigo carioca, onde foram abertas amplas avenidas pela desapropriação e desalojamento dos moradores de antigos cortiços. Estas atitudes se faziam necessárias, para aparentar uma feição mais organizada à capital, menos insalubre e caótica como era vista pelas autoridades governamentais estrangeiras¹¹.

As campanhas de vacinação foram envolvidas dentro do autoritarismo da política da República Velha e concepções militares de valorização dos resultados, não importando quais atitudes tomadas, tais como a queima de colchões e roupas usadas pelos doentes, procedimentos conhecidos de Oswaldo Cruz que planejou e implementou a estrutura física sanitária no Brasil, organizando a Diretoria Geral de Saúde Pública que através do registro demográfico procurava conhecer e registrar características e necessidades da população, estabeleceu os testes sorológicos e a estrutura para a produção de vacinas².

Esse modelo de intervenção ficou conhecido como campanhista, e mesmo com sua implementação realizada de forma arbitrária, violenta e invasiva, bem como ante educativa,

conseguiu várias vitórias no cenário da saúde pública, como a erradicação da febre amarela na capital. Carlos Chagas, sucessor de Oswaldo Cruz reverteu alguns aspectos negativos da atuação fiscalizatória sanitária para um modelo educativo em saúde pública. Foram introduzido a propaganda e propostas para a educação sanitária da população na década de 20, como também a realização de cinco congressos sobre a saúde, promovidos pela Sociedade Brasileira de Higiene².

Nessa época nasce a Lei Eloy Chaves marco inicial da estruturação da Previdência Social, entretanto apenas uma fração da classe trabalhadora foi beneficiada, sendo eles os mais organizados da época, tais como os estivadores, marítimos e ferroviários. A partir dessa época estruturou-se o modo de ação governamental nacional em saúde pública e os fatores mais presentes nas políticas públicas, tal como a indissociabilidade e evolução política social do país, através de embates entre população e governo. Com as lutas de classes, alguns direitos foram adquiridos pela sociedade, sendo eles reivindicados pelos trabalhadores organizados^{2,8}.

O avanço das políticas de saúde determina-se pelo capitalismo vigente. Tal fato se justifica pela preocupação do governo com os grupos sociais de regiões sócios econômicas de destaque, em detrimento da totalidade da população no vasto território. Somente quando os problemas de saúde assumem a proporção de epidemias que possam comprometer o funcionamento do modelo capitalista proposto, como a saúde dos trabalhadores, é que o governo passa a direcionar mais as atitudes, sendo que a prevenção, mesmo mais vantajosa à população é colocada em segundo plano e a medicina curativa prevalece pela falta de planejamento e conhecimento da população².

Durante a República Velha, novas forças passaram a moldar um futuro cenário político brasileiro, com novas ideias e dinheiro circulando pelas cidades¹².

O desejo do progresso econômico e surgimento de uma pequena burguesia ávida de

participação política justamente com a crise mundial de 1929, culminou com o rompimento das estruturas políticas das oligarquias e a implementação do Estado Novo por Getúlio Vargas. A burguesia industrial consolidou-se no poder e foi efetivada uma política de manipulação das massas populares, pela estruturação e concessão de alguns direitos aos trabalhadores, o aparato estatal ditou todas as regras e até onde poderia avançar o sindicalismo brasileiro¹³.

O governo de Getúlio Vargas toma iniciativa para solucionar a questão trabalhista, que até então é organizada segundo os interesses da classe dominante, que tem por norma repassar uma solução pronta, sem que haja qualquer participação da sociedade. Neste contexto acentua-se o movimento trabalhista que é reprimido pelo Estado com a imposição em 1940 de um sindicato único².

No campo, a grande propriedade agrária ficou protegida contra tentativas de reforma e fracionamento. Após a Constituição de 1937 refreou-se a participação popular, na área da saúde¹⁴.

O Estado Novo não rompeu com as campanhas preventivas e sanitárias da República Velha, entretanto também nessas, foi estabelecido o caráter centralizador, intervencionista e burocrático de Getúlio Vargas. Inicia-se assim a construção de um sistema centralizado em saúde, criado por Gustavo Capanema em 1937, que apesar de avigorar a atuação dos estados, ampliava a atuação federal nesses, como as Delegacias Federais que fiscalizavam as atividades na saúde. Essa política de saúde procurava agir, expandir-se segundo o princípio da saúde como um direito universal, entretanto não conseguiu ser expressiva nem fazer-se na mesma proporção da projeção nacional dos idealizadores das políticas de saúde da República Velha, pelo caráter autoritário e centralizador do governo Vargas, estabeleceram-se atitudes paternalistas também nas políticas de saúde retirando deste seu caráter de direito da população^{2,14}.

Com relação à evolução da Previdência Social, inicialmente após a Lei Eloy Chaves, nasceram as Caixas de Aposentadorias e Pensões - CAP's, organizadas pelas empresas, segundo as categorias profissionais. O governo não participava da administração nem custeio, os empregados custeavam as futuras pensões e participavam da gestão através de uma comissão eletiva. Com o passar do tempo as CAP's foi uma resposta do governo e empresariado à reivindicação das classes trabalhadoras mais conscientes e organizadas da época, esse regime de representação foi extinto em 1967 com a criação do Instituto Nacional da Previdência Social – INPS⁸.

No Estado Novo procurou-se estender a toda categoria do operariado os benefícios da previdência, substituindo as caixas pelo Instituto de Aposentarias e Pensões - IAP, agora organizados por categorias profissionais, onde o anseio dos trabalhadores era pela estruturação, custeio e manutenção das futuras aposentadorias, pensão por morte aos familiares, a assistência médica e hospitalar após 30 dias ^{2,8}.

Posteriormente, em 1941, iniciou um movimento para unificação dos IAP's, que mesmo sofrendo resistência da população e dos representantes dos trabalhadores no congresso nacional, que acreditavam que seriam perdidos alguns dos direitos conquistados, além de alegarem que os IAP's já estavam contaminados por interesses políticos e eleitorais, em 1960 foi sancionada a Lei Orgânica da Previdência Social².

O período culminante é marcado por mudanças no Brasil, principalmente no movimento da participação popular. O governo de João Goulart, 1961 a 1964, desenvolve-se no cenário da Guerra Fria, onde o capitalismo e socialismo procuravam estender e consolidar essa influência no mundo¹⁵.

Os movimentos nacionalistas estavam muito bem estruturados pela classe estudantil, a mais esclarecida e politizada da ocasião que buscava a conscientização do restante da população. Ansiava-se pela resolução das questões sociais brasileiras, com a participação da

sociedade capitaneada pela ligeira aproximação do presidente ao regime socialista, que caracterizava-se pela oposição a elite de extrema direita populista, o que conseqüentemente aliada ao Imperialismo Americano chocaram-se, por interesse deste e mudaram abruptamente a política brasileira pelo golpe militar de 1964¹⁵.

Com o golpe, instalou-se um regime militar fortemente centralizado, anti-democrático que influenciou também as estruturas da saúde pública organizada, e as administrativas até a contemporaneidade. A estrutura estatal foi colocada a serviço da repressão e desmantelamento de todas as organizações da população civil, um dos indícios que poderiam explicar o pequeno comprometimento da população na resolução de suas questões atuais de saúde⁸.

Os governantes procuravam legitimar seu governo junto à população pela concretização do acesso de todos os trabalhadores urbanos e dependentes à Previdência Social, por meio da implantação do INPS, em 1967. Sob forte influência da tecnocracia militar instrumentaram-se políticas em saúde pública e gestão desta. Houve um crescimento descontrolado e desorganizado da Previdência Social aliado à política de manutenção de um caro sistema de saúde, de caráter curativo centrado na atenção médico-hospitalar de crescente complexidade em detrimento da prevenção em saúde pública e dos indicadores de saúde, como por exemplo, o insucesso para diminuir a mortalidade infantil^{2,8}.

Incapaz de atender às crescentes demandas de grupos sociais afetados pela crise econômica de efeitos mundiais, aliado à corrupção e desvio dos recursos destinados à saúde para outros setores, fizeram com que todo o sistema estatal de extrema direita entrasse em crise. Para reverter este quadro, criou-se o Conselho Consultivo de Administração da Saúde Previdenciária - CONASP. A proposta do CONASP revertia em etapas o modelo médico assistencial, como a melhora na gestão, dentre outros. Todavia, sofreu forte oposição da Federação Brasileira de Hospitais e de todos aqueles com interesses pessoais na manutenção do sistema curativo de prestação de serviços em saúde. Entretanto, em 1983, novas atitudes de

mudança foram implementadas pelas Ações Integradas em Saúde - AIS, através da ação integrada da previdência, saúde e educação, procurando integrar ações curativas, preventivas e educativas².

Esse período coincidiu com a transição democrática na política, a articulação da sociedade e a oposição. Lentamente construiu-se um novo cenário com o objetivo de evitar a arbitrariedade e abuso de poder existente no período militar. Assim, estruturando um novo regime de efetividade democrática, onde o poder seria exercido pela população, direta ou indiretamente, assegurou-se permanentemente o não retorno de ditaduras no Brasil, além da reestruturação da saúde⁸.

Essa nova ordem, jurídica e social, foi implementada pela promulgação da Constituição Federal de 1988, garantindo a participação popular no planejamento e gestão dos recursos destinados à saúde, através do exercício pleno da cidadania, negada durante séculos aos brasileiros^{1,8}.

Todavia, na prática, este modelo não conseguiu assegurar a conscientização e incorporação individual dessa cidadania. É preciso ter o conhecimento do poder de mudança que cada brasileiro possui pela via da educação e por políticas verdadeiramente democráticas que fazem parte de um processo histórico. Estes fatores existem, porém é necessário que a população seja estimulada a tomar para si, e difundir cada vez mais atitudes de cidadania.

Observa-se principalmente, que os estratos mais populares da sociedade, por vários fatores, muitos já enumerados, não conhecem ou desacreditam de sua cidadania. Não ocupam um papel de direito e dever, tornando os ideais democratizantes da atual constituição, um cenário distante onde na realidade, poderosas forças repressoras da atuação cidadã, são presentes e moldam a cristalização e a alienação popular, através do comportamento atual da população na saúde pública¹⁶.

Após 1988, procurou-se organizar a saúde pública sob bases universais, estendendo o

atendimento a todos, indistintamente, como um dever do Estado, através dos princípios doutrinários do SUS, assegurados pela Constituição Federal, qual seja, a Universalidade, Equidade, Integralidade, que derivam os princípios organizativos de Hierarquização, Participação Popular, sendo este um processo para democratizar as decisões sobre planejamento, normatização e fiscalização da gestão pública em saúde exercida através dos COMUS, corroborada pelo princípio da Descentralização como política administrativa que torna o Município gestor administrativo e financeiro do SUS¹⁷.

Em 1996, a edição da NOB-SUS 01/96, buscou romper com o modelo centralizado em saúde, oferecendo duas opções de gestão em saúde, uma plena de atenção básica e outra plena de todo o sistema municipal com as características de fortalecer as administrações regionais estabelecendo novas formas de financiamento, como transferências de caráter global, fundo a fundo anteriormente pactuadas e programadas.

Neste contexto, houve o acompanhamento e controle do SUS através dos resultados obtidos com bases epidemiológicas e desempenho com qualidade e fortalecimento da implantação do Programa de Saúde da Família – PSF e do Programa de Agentes Comunitários da Saúde – PACS, que prioriza o planejamento e atuação pelo conhecimento das necessidades em saúde dos grupos familiares de cada município, criando assim inter-relações entre a população e a equipe multiprofissional do PSF.

A participação da sociedade nas decisões e fiscalização da Gestão da Saúde no COMUS

Na evolução política e na organização atual do poder, o Brasil se estabeleceu como um Estado Democrático de Direito, de acordo com o primeiro artigo da CF/88 que reza em seu parágrafo único que “todo poder emana do povo” que o exercerá através das formas definidas pela Magna Carta. O Estado Democrático de Direito constitui uma evolução da democracia,

pois agrega os direitos fundamentais da pessoa humana como uma das formas de realização da Democracia, ou seja, a população através do exercício de sua cidadania tem resguardados seus direitos individuais, coletivos e direito de participar das decisões governamentais¹⁸.

Algumas características do nascimento e evolução das manifestações sociais brasileiras já foram apontadas neste artigo, porém, segundo os estudiosos¹⁹, resta saber qual o grau de efetividade dessa participação nos conselhos, e de que modo ela se exterioriza, para então conhecer qual o nível de realização da Democracia em Saúde Pública.

Os mecanismos de controle social ultrapassam somente a fiscalização. O ideal seria que através de canais de comunicação estáveis entre o governo e sociedade, fossem apresentadas suas pretensões e particularidades, de forma a auxiliar a máquina estatal a planejar, implementar, regularizar, administrar e corrigir os desvios dos resultando das políticas implementadas, de forma direta ou indireta²⁰.

Neste contexto, a sociedade deveria participar na totalidade em todos os graus e circunstâncias. Todavia, as atitudes assistencialistas e o clientelismo político acabam influenciando o comportamento de facções da sociedade. Novos prefeitos de diferentes orientações políticas divergentes podem dificultar a continuidade de uma boa gestão dos COMUS. Todos aqueles que desejam participar efetivamente da elaboração, implementação e fiscalização de políticas em saúde pública, devem conhecer as particularidades da máquina estatal, bem como seus limites e métodos já consagrados. Neste sentido, Joana Aparecida Coutinho²¹ afirma que canais de participação institucionais, são espaços abertos e consolidados, onde a população ou seus representantes, através da informação, tem o conhecimento do que é preciso mudar, como e com quais recursos assumem seu real papel de detentores do poder e agentes transformadores de mudanças.

Entretanto, mesmo com as garantias constitucionais e por demais leis, como por exemplo, a lei 8.142/90 que estabelece a participação de comunidade na gestão do SUS e a lei

8080/90 que dispõe as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, bem como a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes, observa-se que em algumas ocasiões, os chefes dos poderes executivos municipais não reconhecem as atribuições e o direito de deliberar dos COMUS, como ocorreu durante a implementação do PAS em 1994, na cidade de São Paulo²¹.

Esse tipo de comportamento dos governantes não acontece de forma isolada, é alimentado em várias vertentes, uma delas pelo assistencialismo que causa na população a condição de incapacidade de reclamar. A incapacidade de reclamar esta atrelada ao histórico de descaso do poder público, bem como pela ausência de informação e de canais de comunicação. A falta de prestígio e respeito por parte dos governantes e a baixa condição social-econômica é um forte fator de auto-anulação e continuísmo das políticas de saúde que se tornam desajustadas com a realidade social, incentivando a população a desconfiar até de seus representantes comunitários, não participando ou acreditando nos Conselhos Municipais²².

Além do fato de que a construção de uma consciência em saúde abrange vários níveis de entendimento, a começar com o conhecimento do que propícia à saúde e a educação. Neste aspecto, destaca-se para as informações, que irão estruturar a personalidade individual cidadã reivindicatória de seus direitos de saúde em relação ao poder público. Os canais de comunicação e a existência do interesse dos profissionais de saúde são de grande importância, e devem ser realizados de modo a atender a população de forma satisfatória, impulsionando o início de um vínculo de confiança e o despertar da consciência na população.

A prevenção não é citada em alguns grupos sociais de baixa escolaridade e que recebem atendimento na saúde pública, fato que demonstra a necessidade do maior envolvimento de todos os profissionais de saúde na educação preventiva²³.

Além do fato de ser encarada a fiscalização da administração em saúde pública uma atribuição apenas dos partidos políticos de oposição ou de seus representantes, incluindo também os do COMUS, a consciência da participação deslocando-se até os órgãos públicos de controle é pouco desenvolvida²⁴.

No Brasil encontra-se sedimentado apesar de outros desdobramentos existentes, o modelo biomédico, que é relevante e um dos principais que determinam se o indivíduo está doente ou não.

A ausência de atitudes preventivas que desmonopolizem da autoridade médica a prerrogativa de falar das atitudes preventivas e curativas entregando-as aos outros profissionais e a própria população, seriam relevantes á formação e manutenção de sua consciência sanitária. Todavia, observa-se que os usuários não são informados sobre a estrutura física e métodos de atendimento e triagem para consultas no SUS, bem como não há parâmetros científicos e objetivos para avaliar a conduta dos profissionais de saúde que lhes prestam atendimento, devido as políticas de organização dos serviços serem estanques e aparentemente impermeáveis ás mudanças onde mesmo presentes o anseio popular nada acontece. A população desacredita de seu direito-poder de mudança nos serviços de saúde²³.

Esse mesmo sentimento de engessamento da iniciativa é percebido pelos profissionais da equipe multiprofissional no estudo apontado por Bosi²², os profissionais se consideram distintos da população, separados por diferença de conhecimento, por não saber estabelecer canais de comunicação com os usuários, nem terem preparação acadêmica e tempo no seu horário de trabalho para programar condutas preventivas, o cenário de atendimento em saúde é fator de repulsão dos usuários e favorece á sua descrença nas modificações necessárias na saúde pública. Apesar do conceito de nível nacional de que a articulação e participação dos usuários são baixas, esta também varia regionalmente, existem grupos sociais um pouco melhor organizados e conscientes de seus direitos.

O COMUS da Cidade de Marília/SP

O COMUS é um espaço instituído para que ocorram as trocas de informações entre as comunidades do Município que podem organizar-se ao redor das Unidades Básicas de Saúde – UBS, que através de seus representantes, conselheiros ou pessoalmente, podem ser planejados as função deliberativas e consultivas.

Os COMUS são consultados em Marília antes de novos projetos de programas preventivos e curativos em saúde serem implementados. O conselho pode propor mudanças, consultar as bases comunitárias e informá-las de todos os desdobramentos das ações municipais e estaduais que ocorrem ao longo do ano em saúde;

As reuniões são registradas em atas, conforme Lei Complementar Municipal 02/90. O regimento interno do COMUS, determina fiscalização através de reuniões abertas a participação da população e toda a implementação e andamento das estruturas necessárias para que o município receba recursos financeiros federais para a saúde (fundo de saúde), bem como sejam transparentes as contas municipais onde os créditos dos recursos são realizados, quem os recebe e como são gastos os recursos mensalmente.

Devido à importância desses conselhos municipais, a Lei Federal 8142/90 normatizou que os Municípios que recebem e necessitam de recursos financeiros da União e do Estado, devem programar e manter os COMUS funcionando. Neste sentido, deve ser destacado a importante mudança governamental, pois a lei quebrou o monopólio das prefeituras de gerir sozinha a gestão financeira da saúde pública, num ato que dentre outras consequências denota a vontade política de estabelecer e manter a transparência pública da origem e destino as verbas públicas e oferecer a oportunidade á população diretamente ou através de seus

conselheiros e representantes, de acompanhar o andamento dos gastos em saúde e construção de novas Unidades de Saúde.

Os custos da implementação de programas de prevenção dentre outros, é discutido nas reuniões ordinárias mensais, ou se necessitar de mais tempo para se deliberar sobre algum tema, pode se debatidos em reuniões extraordinárias.

As reuniões executivas e as plenas no COMUS Mariliense são agendadas e programadas no início do ano, e preferentemente são marcadas ao final de cada mês. Nas primeiras reuniões é exercida a função fiscalizatória e deliberativa sobre os recursos gastos na saúde, não sendo aberta ao público. Nas reuniões plenas, volta-se às contas públicas novamente e as preocupações com as ações preventivas e curativas, esta aberta á comunidade.

A instituição e instalação dos COMUS já realizada na grande maioria dos estados brasileiros é uma vitória da democratização nos processos de planejamento e acompanhamento das políticas de saúde e gestão dos recursos em saúde. É um espaço assegurado para a população exercer uma cidadania plena, pelos canais de comunicação implementados entre as comunidades locais e seus representantes, conselheiros do COMUS. Esta proximidade traz para os representantes e conselheiros, o conhecimento das particularidades e anseios de sua comunidade, o que levam em pauta nas reuniões do COMUS, para que atitudes e decisões municipais em saúde espelhem e atendam as reais necessidades da sociedade e do governo, que tem papel fundamental em implantar novas atitudes em gestão da saúde e ampliar a participação popular e consciência sanitária, verdadeiros formadores de opinião.

A representatividade da sociedade e instituições que influenciam as decisões em saúde é assim dividida: 50% dos conselheiros são escolhidos pela população de forma a representar todas as comunidades tradicionalmente organizadas e as futuras, tendo como marco geográfico as UBS que fazem parte da rede de atendimento do SUS; 4(quatro) representantes

dos conselhos de comunidades de saúde; 1(um) representante de ONG; 4(quatro) representantes de centros comunitários, associações de moradores ou amigos de bairro indicados pelo Conselho da Associação de Moradores de Marília - CAMOM. Conta também com a participação de representantes dos Sindicatos mais expressivos e articulados, 1(um) representante da terceira idade, 1(um) do Sindicato Patronal, 1(um) do Conselho de Direito ou entidades religiosas, 25% (vinte e cinco por cento) dos conselheiros são representantes dos profissionais de saúde como hospitais, a classe médica, as universidades, conselhos profissional dos trabalhadores da saúde da prefeitura, sindicatos dos funcionários da saúde, dentre outros, e 25 % (vinte e cinco por cento) dos representantes do Poder Executivo sendo obrigatório o Secretário Municipal da Saúde²⁵.

Os conselheiros municipais de saúde e suplentes, devido as suas atribuições devem estar em contato com a realidade dos serviços prestados no SUS, como o funcionamento da rede de saúde, os recursos destinados a esta, as formas e trâmites administrativos inclusive quando da mudança de atitude e projetos de saúde. Também devem possuir uma visão globalizada e articulada do âmbito governamental, do funcionamento do SUS e das necessidades dos usuários em saúde de forma regionalizada, de forma que possam propor mudanças ou projetos compatíveis com os recursos disponíveis e factíveis de serem implementados com sucesso²⁶.

Colaborando com a temática, cita-se o estudo realizado por Fakhouri²⁶, que constatou uma divisão nas opiniões dos conselheiros quanto à influência de suas decisões em saúde junto ao prefeito municipal, sendo também observada a cooperação entre os próprios conselheiros e sua preparação técnica nos variados assuntos de administração pública em saúde e serviços oferecidos pelo SUS. Dificuldade até natural, considerando-se os imensos desdobramentos de algumas políticas de saúde e a vasta rede de unidades prestadoras de serviços de saúde, destacando a enorme diferenciação elas.

Rotineiramente, como forma de intercambio de atualização e conhecimento, o COMUS solicita profissionais das áreas epidemiológicas e outros setores da saúde pública e de universidades ou envia representantes a Congressos de Saúde²⁵.

A função fiscalizatória é mensalmente implementada sobre as contas públicas e convênios na saúde. 80% (oitenta por cento) dos conselheiros dizem participar de espaços específicos de debate e acompanhamento de políticas públicas de saúde, como por exemplo, encontros e conferências de saúde, que é registrado em ATAS. Entretanto poderia aumentar essa participação. Neste sentido, os conselheiros divergiram sobre o controle social do COMUS, debatendo se há efetividade real junto ao poder executivo e declarando interessados em conhecer o funcionamento da gestão municipal, políticas de saúde. Observa-se portanto, que o COMUS busca efetivar os direitos e deveres do cidadão e tudo o que agrega crescimento e difusão da cidadania a população²⁶.

No quesito da articulação dos conselheiros com suas bases comunitárias, é obrigatório a existência de 4 (quatro) representantes no COMUS de todas as 4 (quatro) regiões geográficas da cidade. Dentre os outros representantes da população usuária, de acordo com o regimento interno do COMUS, a maioria dos conselheiros afirma manter a comunidade que representa informada dos assuntos e desdobramentos da saúde pública municipal. Também afirmaram que recebem orientações dessa comunidade sobre a forma de sua atuação no COMUS, restando uma lacuna de 30% a 40% negativa em relação à participação comunitária que precisa ser melhorada pelo fato dessa participação dos usuários não ser uniforme em toda a rede de atendimento do SUS²⁶.

Esta participação é influenciada pela época e fatores socioeconômicos que tornam alguns bairros e comunidades mais organizados e participativos do que outros na gestão da saúde. Os bairros dos Bandeirantes, Castelo Branco e Aeroporto são exemplos positivos dessa

participação comunitária. Todavia, também sofrem pequenas variações na frequência dos usuários nas reuniões promovidas nas UBS ou PSF²⁵.

O SUS teve uma atitude muito favorável para a adesão e conscientização sanitária, pois disponibiliza a estrutura física das unidades de saúde, UBS ou PSF, para que a comunidade se reúna. Os Agentes Comunitários de Saúde – ACS, avisam nas residências dos usuários a agenda das reuniões nas Unidades de Saúde - US, para debater suas necessidades locais em saúde e palestras educativas elaboradas pela Secretaria Municipal de Saúde, dentre outros motivos.

A função e atividades desempenhadas pelos Conselheiros do COMUS não são remuneradas, nem recebem subsídios ou ajuda de custo, destacando sua iniciativa de cumprimento do dever cívico junto à comunidade pelas atribuições que desempenham no COMUS. É relevante principalmente sua função de fiscalização das contas e repasses do Governo Federal e Estadual à saúde, inicialmente e mensal. A fiscalização inicia-se nas reuniões da executiva, restrita aos conselheiros, autoridades e funcionários envolvidos. Posteriormente, na reunião plena é refeita a fiscalização e retomadas as explicações necessárias à população.

Nesse período levantado, os conselheiros aprovam novos projetos federais, estaduais de política sanitária, prevenção que serão implementados, acompanham o andamento dos já praticados. Recebem sugestões de outros COMUS, participam de encontros de saúde, conferências, requisitam informações sobre a administração e procedimentos adotados por todos os órgãos e entidades que participam da saúde pública. Em todas as esferas, inclusive em âmbito Federal^{25, 27}.

Devido a seu enorme campo de atuação e grande necessidade de conhecer o funcionamento da máquina estatal da saúde, estimular a participação das comunidades locais a se organizar, pensar e auxiliar na formulação das políticas públicas de saúde, dentre outras,

o COMUS Mariliense realizou um programa de capacitação para seus conselheiros em abril e maio de 2012, de louvável iniciativa e oportuna implementação. Os conselheiros atuam durante dois anos, após instala-se novo mandato, alguns acumulam uma segunda participação²⁷.

Observa-se pelas atas e relatórios que a frequência da população às reuniões do COMUS é baixa, o que vem aumentando é o comparecimento de universitários e pós-graduandos. Nota-se também o aumento do percentual anual nas UBS e PSF de reuniões agendadas nas comunidades pelos Conselhos Locais de Saúde - CLS e canceladas pelo não comparecimento da comunidade. Entre os anos de 2008 a 2010, o ano de 2008 foi o menos participativo.

Em 2010, das unidades sem CLS e que não tenham realizado reuniões no final do ano ou semestre, foi medida por semestre, aumentou de 2008 até 2010, chegando a 74 (setenta e quatro) unidades sem uma reunião sequer ao final do semestre de 2010 (dados de 2011, ainda não disponíveis).

Da análise dos quadros do relatório de gestão 2011 da Secretaria Municipal de Saúde, a participação popular entre 2008 a 2011, manteve-se baixa, entretanto a mais alta é a de 2008, com 14,7%, oscilando para baixo e chegando ao mínimo de 12,9% em 2011, queda de 1,8% do índice de três anos atrás^{25,27}.

As denúncias e reclamações no mesmo período constataram que no início, ano 2008, começou em 2,3%, subiu até o auge em 2009 com 3,9% e decresceu nos 2 (dois) anos seguintes, chegando em 1,5% em 2011. Segundo o tópico Serviço de Ouvidoria, em 2011 a maior causa de reclamações foi à demanda reprimida de especialidades com 61,8%, com muita diferença da segunda causa de queixas, a falta de medicamentos com 18,07%, seguido da falta de orientações aos usuários 13,78%, do atendimento insatisfatório 4,21% e de elogios 2,14%. A primeira queixa aumentou de 2010 a 2011 em 3,59% a segunda em 5,29% de

2(dois) anos atrás à 2011, chegando a ser o segundo quesito com mais reclamações nesse ano. A falta de orientações aos usuários e atendimento insatisfatório no SUS também diminuíram de 2010 a 2011. Entretanto os elogios ao sistema foram 3,05% maiores em 2010^{25,27}.

Observam-se algumas particularidades quanto à frequência da população ao COMUS. Na maioria das vezes, trata-se de reclamações quando o problema de saúde já está instalado e com vários desdobramentos negativos, como demora na conclusão da construção de unidades de saúde, falta de médicos no atendimento, reorganização da área geográfica de abrangência e remanejamento de usuários para outras unidades de saúde. Nessas ocasiões, existe um pequeno fluxo de pessoas às reuniões ordinárias da plena, se insuficiente, agenda-se nova reunião extra, ou em outros órgãos e departamentos envolvidos, chamando-se as autoridades responsáveis para prestar esclarecimento²⁷.

A comunidade não participa para conhecer o funcionamento do sistema de saúde, a troca de informações entre o Conselho e as comunidades locais existe, mas é pequeno, sua amplitude depende da organização e mobilização dos conselhos locais de saúde, das comunidades, conselheiros e órgãos governamentais, para que as estratégias de saúde reflitam a realidade de saúde da população e tenham mais efetividade ao serem implementadas²⁷.

A população não se vale desse espaço COMUS, para debater suas questões de saúde, auxiliar na implementação de políticas e posteriormente acompanhar seu desdobramento. Essa participação tem forte caráter assistencialista, sempre objetivando a resolução imediata dos problemas já instalados, curativa, priorizando as soluções prontas, sem participação coletiva²⁷.

Conclusão

É impossível analisar a atuação dos COMUS fora do cenário do processo histórico brasileiro, desfavorável à conscientização da sociedade de seu papel de agente transformador.

Muitas características sobre a participação popular estão destacadas no presente artigo, sendo necessário até que o governo lance mão de mecanismos que encorajem essa maior participação no planejamento, implementação das estratégias e fiscalização das verbas de saúde.

Essa questão da iniciativa popular tem várias vertentes, comunica-se e alimenta-se em fatores explícitos ou implícitos observados pelos usuários na rotina de atendimento do SUS. Algumas reclamações desses que não surtem efeito sobre o modo de prestação de serviços. Horários de atendimento, dentre outros, surtem efeito desencorajador na participação da população, que desacredita na mudança dos serviços oferecidos.

Em suma, sugere-se uma quebra de paradigma na mentalidade de toda a nação, desde os conselhos locais de saúde, COMUS, profissionais do SUS, Governo e população, para que se programe a etapa de conformação e ajuste das políticas de saúde e serviços oferecidos à população, moldadas às características dessa, e não de forma assistencialista e desconectada das leis que as originaram. Só assim se concretizará os atributos do Estado Democrático de Direito previsto na Constituição Federal, pois esta mesma sugere participação plena do cidadão.

Referências

1. Brasil. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado; 1988.
2. Polignano, VM. História das políticas de saúde no Brasil: uma pequena revisão [Internet]. Marcus Vinícius Polignano; [acessado 10 jun 2012]. Disponível em: www.saude.mt.gov.br/arquivo/2226
3. Minas Gerais. Governo de Minas Gerais. História [Internet]. [acessado 20 jun 2012]. Disponível em: <http://www.minas-gerais.info/historia.htm>.

4. Salgado JA. Cirurgia Mineira – História e Brilho [Internet]. João Amílcar Salgado; 2011. [acessado 20 jun 2012]. Disponível em: <http://jamilcarsalgado.blogspot.com.br/2011/04/cirurgia-mineira-historia-e-brilho-o.html>.
5. Tuoto EA. História da Medicina [Internet]. Paraná: Elvio A Tuoto; 2010. [acessado 23 jun 2012]. Disponível em: <http://historyofmedicine.blogspot.com.br/2010/05/historia-das-escolas-medicinas-no-brasil.html>
6. Nassau M. Mauricio de Nassau [Internet]. Mauricio de Nassau [acessado 3 jun 2012]. Disponível em: <http://www.portalsaofrancisco.com.br/alfa/invasoes-holandesas-do-brasil/governo-de-mauricio-de-nassau.php>.
7. Rainer S. Proclamação da República [Internet]. Brasil Escola. [acessado 10 jun 2012]. Disponível em: <http://www.brasilecola.com/historiab/proclamacaodarepublica.htm>
8. Bettiol LM. Saúde e participação popular em questão: o programa Saúde da Família. *Interface (Botucatu)* 2006; 10(2): 537-539.
9. Trevisan L. República Velha (1989-1930) [Internet]. Leonardo Trevisan. [acessado 10 jun 2012]. Disponível em: <http://www.culturabrasil.org/republicavelha.htm>
10. Patto MHS. Estado, ciência e política na Primeira República: a desqualificação dos mais pobres. *Estudos avançados* 1999; 13(35): 167-198.
11. Marculino E. Reforma de Pereira Passos [Internet]. Eduardo Marculino; 2008. [acessado 10 jun 2012]. Disponível em: http://historianovest.blogspot.com.br/2008/12/reforma-pereira-passos_6810.html
12. Castro L. A República Velha [Internet]. Leonardo de Castro. [acessado 10 jun 2012]. Disponível em: <http://novahistorianet.blogspot.com.br/2009/01/republica-velha.html>.
13. Castro L. A Era Vargas [Internet]. Leonardo de Castro. [acessado 19 jul 2012]. Disponível em: <http://novahistorianet.blogspot.com.br/2009/01/era-vargas.html>.
14. Santos LAC, Barbosa IC, Gomes ML. Saúde no governo Vargas (1930-1945): dualidade institucional de um bem público. *Cad. Saúde Pública* 2009; 25(9): 2086-2087.
15. Moniz Bandeira LA. O Governo João Goulart - As lutas sociais no Brasil, 1961-1964. 8. ed. São Paulo: Editora UNESP; 2010.
16. Valla VV. Sobre participação popular: uma questão de perspectiva. *Cad Saúde Pública* 1998; 14 (Supl. 2): 7-18.
17. Viana ALD, Machado CV. Proteção social em saúde: um balanço dos 20 anos do SUS. *Physis Rev Saúde Coletiva* 2008; 18(4): 645-684.
18. Boaventura BJR. A participação popular na gestão pública como razão constituinte do Estado Democrático de Direito. *Âmbito Jurídico* [Periódico da internet] 2007 set. [citado 21

jul 2012]; 10(45): [cerca de 4 p.]. Disponível em: http://www.ambito-juridico.com.br/site/index.php?n_link=revista_artigos_leitura&artigo_id=2313

19. Silva JC, Silva IG. Participação popular e Sistema Único de Saúde: as conferências estaduais de saúde do Maranhão e a participação das entidades do Movimento Negro. *Cad Pesquisa* 2009; 16(3): 45-51.
20. Nunes GM Et Al. Os desafios da participação popular no Sistema Único de Saúde. In: *Anais Encontro Nacional de Pesquisadores em Gestão Social*; 2009; Petrolina. p. 1-10.
21. Coutinho JA. Participação popular na gestão da saúde de São Paulo. *Lutas Sociais* 1997; 2: 125-140.
22. Bosi MLM. Cidadania, participação popular e saúde na visão dos profissionais do setor: um estudo de caso na Rede Pública de Serviços. *Cad Saúde Pública* 1994; 10(4): 446-456.
23. Bosi MLM, Affonso KC. Cidadania, participação popular e saúde: com a palavra, os usuários da rede pública de serviços. *Cad Saúde Pública* 1998; 14(2): 355-365.
24. Silva GE, Alfradique CN. A importância da participação popular como forma de controle social de obras públicas e exercício da democracia. [Internet] 2006 ago. [citado em 13 jun 2012]; [cerca 28 p.]. Disponível em: <http://www2.tce.pr.gov.br/xisinaop/Trabalhos/Import%C3%A2ncia%20da%20participa%C3%A7%C3%A3o%20popular.pdf>.
25. Marília. Secretaria Municipal de Saúde. Conselho Municipal de Saúde. Regimento interno do COMUS. Marília; 2007.
26. Fakhouri AP. Perfil dos Conselheiros do Conselho Municipal de saúde de Marília-S.P. Marília: Faculdade de Medicina de Marília; 2010.
27. Marília. Secretaria Municipal de Saúde. Conselho Municipal de Saúde. Atas das reuniões plena do COMUS de junho de 2011 a junho de 2012. Marília; 2012.