

**ZELI MACHADO DE CASTRO GALLO**

**A ÉTICA DISCURSIVA DOS ATORES DA  
POLÍTICA DE SAÚDE DE SANTA ROSA**

**Porto Alegre  
2007**

ZELI MACHADO DE CASTRO GALLO

**A ÉTICA DISCURSIVA DOS ATORES DA POLÍTICA DE SAÚDE DE  
SANTA ROSA**

Tese apresentada como requisito para obtenção do grau de Doutor pelo Programa de Pós-Graduação Mestrado e Doutorado da Faculdade de Serviço Social, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul.

Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Beatriz Gershenson Aginsky.

Porto Alegre

2007

ZELI MACHADO DE CASTRO GALLO

**A ÉTICA DISCURSIVA DOS ATORES DA POLÍTICA DE SAÚDE DE  
SANTA ROSA**

Tese apresentada como requisito para obtenção do grau de Doutor pelo Programa de Pós Graduação Mestrado e Doutorado da Faculdade de Serviço Social, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul.

Aprovada em \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_.

**BANCA EXAMINADORA**

---

Prof<sup>a</sup>. Dra. Beatriz Gershenson Aginsky - PPGMD/SS/PUCRS  
Presidente/Orientadora

---

Prof<sup>a</sup>. Dra. Jussara Maria Rosa Mendes - PPGMD/SS/PUCRS

---

Prof. Dr. Francisco Arseli Kern - PPGMD/SS/PUCRS

---

Prof. Dr. Luis Antônio Benvegnú - PPG/UNIJUÍ

---

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Helenara Silveira Fagundes - UCPEL

***Dedico, em memória, ao amigo Orlando Baumgartner, pois sua palavra na hora da decisão se fazia ouvir para chegar ao consenso: “Um homem que morreu trabalhando, mas fazendo aquilo que amava, buscando melhorias na área de saúde para toda comunidade. Desde a municipalização da saúde ele esteve presente, atuando, dando idéias, brigando se fosse preciso, cobrando. A participação dele foi tão importante enquanto todos os nomes que colaboraram para o desenvolvimento de Santa Rosa. Ele estava ali, da maneira dele, fazendo as coisas acontecerem. Fica o exemplo do homem honesto, responsável, dedicado”.***



## **AGRADECIMENTOS**

À Professora Doutora Beatriz Gershenson Aginsky, orientadora deste trabalho, pela contribuição decisiva na conclusão desta tese, pelo sentido ético de suas intervenções profissionais que elevam o aprendizado ao gesto de amor aos outros, fazendo a diferença na sua busca da alteridade.

Ao meu marido, que durante 25 anos compartilhou minha vida profissional, que incentivou desde o trabalho de conclusão de curso da graduação até a qualificação desta tese, com o sentimento de responsabilidade comigo e com nossa descendência.

Aos filhos Luis Fernando e Samanta, que são o sentido à continuidade da minha vida, que me brindam com a escolha pelo caminho da construção do conhecimento compartilhado com os outros, com as conclusões e qualificações de suas graduações de filosofia e de direito, cultivando o valor da solidariedade e competência profissional.

Ao filho Gilgal Junior, igualmente a razão da minha existência, futuro engenheiro e colaborador nos assuntos de informática, heroicamente conviveu com os altos e baixos do cotidiano e do aprendizado, que é sempre a grande aventura de suportar o equívoco.

À Professora Doutora Jussara Rosa Mendes, pela carinhosa acolhida e fiel co-responsabilidade na direção e produção do conhecimento, em nome dela agradeço todos os professores do Mestrado e Doutorado.

Ao Professor Doutor Francisco Arseli Kern, pela contribuição na qualificação desta tese e pela sua colaboração na reflexão teórica sobre a cultura e a alteridade.

Ao Professor Doutor Luis Antônio Benvegnú, que em vários momentos da vida pessoal contribuiu fraternalmente e, profissionalmente exemplo de trabalhador social de saúde, sedimentador do solo ideológico-político da Reforma Sanitária e dos princípios do SUS em Santa Rosa.

A todos familiares, amigos, colegas e sujeitos outros que, de alguma forma, contribuíram com suas boas energias e vibrações, a cada conquista alcançada.

Ao PE Mário Notari, mestre por natureza, sua emoção pela vida do outro vai até onde a alteridade quer chegar, sou grata pelos ensinamentos didáticos e da língua inglesa.

Ao nosso Deus que é sempre fiel, co-autor e protagonista da nossa história de vida me encheram de esperança e me deu a força para lutar além de todas as adversidades.

***“Deixe-me dizer,  
sem medo de cair no ridículo,  
que a verdade revolucionária  
é guiada por fortes  
sentimentos de amor”.***

***(Che Guevara)***

## RESUMO

Esta tese intitulada “A Ética Discursiva dos Atores da Política de Saúde de Santa Rosa” estuda a construção do sentido ético a partir da análise da alteridade dos sujeitos - outros na esfera pública. O Estudo de Caso é a metodologia utilizada com a análise de conteúdo dos documentos e discursos dos sujeitos. Na participação dos sujeitos nos mecanismos constituídos do controle social fundamentam-se os avanços da política de saúde municipal e a garantia dos direitos humanos. A ética dos sujeitos atores da política de saúde é constituída no encontro humano, se realiza na busca da efetivação da justiça e da cidadania. A análise qualitativa dos discursos dos participantes e líderes da VII Conferência Municipal evidencia enunciados para transformar a realidade conforme as pautas propostas. O sentido da alteridade do outro suscita a responsabilidade da existência e da subsistência decorrendo, assim, a luta pelos direitos sociais. O estudo da prática cotidiana no campo da saúde municipal envolve o sujeito com seu trabalho e a inquietação produzida para modificar a própria realidade, é um compromisso necessário aos sujeitos trabalhadores para garantir a promoção da saúde. A opção metodológica do estudo de caso permitiu lançar luzes sobre as particularidades da formação sócio-histórica da política de saúde no contexto nacional. Destaca-se assim, a contextualização ideológica dos SUS, os caminhos percorridos para instaurar a igualdade democrática, a descentralização e a municipalização. Nas políticas sociais brasileiras o Serviço Social e, o Assistente Social, como trabalhador de saúde, define seu perfil profissional numa ética alinhada aos direitos humanos na consolidação do projeto ético-profissional. A saúde e a cidadania se entrelaçam nos enunciados dos sujeitos, figurando como temáticas das políticas públicas. A tese concluiu que a presença do sentido da alteridade na constituição da política de saúde contribuiu para solidificação da participação da população, controle social e continuidade do Sistema Único de Saúde.

Palavras-chave: Política Pública de Saúde. Alteridade. Controle Social

## ABSTRACT

The dissertation 'The Discursive ethics of the actors on municipal health politics of Santa Rosa' researches the construction of the ethical meaning on municipal health politics of Santa Rosa since the analysis of the subject's alterity on the public field constitution. It is on the field of municipal health that the public range is reaffirmed the representation on the social control of SUS by users, administrators, serviceable workers or health workers consolidate the social participation. The quantitative analyses of the participants speech on the VII city's health conference and of leaders efforts on the exercise of participative democracy show proposal to change the ethical reality and politics according with the interventions originated by the schedule of proposals. The ethic of the actors' subjects on the health politics is constructed on the human meetings; it is achieved on the search of permanent justice and citizenship. The meaning of the alterity of the other raises the responsibility of the existence and the subsistence arisen, thus the fight for the social rights. The research of the quotidian practiced on the municipal health field involve the subject with his work and the uneasiness created to change his own reality, it is a necessary pledge to the labor workers to guarantee the promotion of health on the municipal public field. The methodological option of study of the case allowed to enlighten the particularities of social-historic health politics of Santa Rosa inserted on the national context. The thematic focus of the alterity importance of the subjects involved on the articulations of the participation's mechanisms and conformation of historic fights confront the several actors involved in this politic. Being singularize the ideologically contextualization of SUS and the ways traveled to establish the democratic equality, the decentralization and municipalization.

It is the setting to this discussion, the thematic plan of the sanitary reform of Brazil during the 70's and 80's. Passing by the decentralization initiated on the municipal districts and cities, during the 90's where there were intense changes on the legislation until it gets the community participation on the health administration on the local law instances. On the Brazilian social politics social services and social assistance define the professional profile in an ethic aligned

with the human rights to consolidate his/her ethical-professional project. The health and the citizenship are interlaced on the subject's annunciations, figuring as thematic of the public politics. The dissertation concludes that the presence of the alterity's meaning on the public field constitution of the health politics of Santa Rosa, contributed to the popular participation, social control and continuity of the Brazilian unified health system.

Key words: Municipal Health Politics. Alterity. Social control.

**LISTA DE ILUSTRAÇÕES**

GRÁFICO 1 - Saúde, Cidadania, Políticas Públicas.....	64
GRÁFICO 2 - Controle Social.....	66
GRÁFICO 3 - Financiamento da Saúde.....	67
GRÁFICO 4 - Gestão e Organização dos Serviços de Saúde.....	68
GRÁFICO 5 - Recursos Humanos para Saúde.....	71
GRÁFICO 6 - Atenção Integral à Saúde.....	72
GRÁFICO 7 - Políticas ligadas ao Saneamento, Meio Ambiente e Vigilância.....	74
GRÁFICO 8 – Qualidade no Sistema de Saúde.....	75

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABRASCO - Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva

ACS - Agente Comunitário de Saúde

AIS - Ações Integradas de Saúde

APAE - Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais

AS - Assistente Social

ASEDMS - Associação dos Secretários e Dirigentes Municipais de Saúde

BM - Brigada Militar

CAPA - Caixas de Aposentadorias e Pensões

CEBES - Centro Brasileiro de Estudos de Saúde e Escola Nacional de Saúde Pública

CFESS - Conselho Federal de Serviço Social

CRESS - Conselho Regional de Serviço Social

CEPAS - Código de Ética Profissional do Assistente social

CIMS - Conselho Interinstitucional Municipal de Saúde

CIPA - Comissão Interna de Prevenção de Acidentes

CIPEC - Centro Interdisciplinar de Pesquisa e Consultoria em Políticas Públicas

CMS - Conselho Municipal de Saúde

CMCO - Conselho Municipal da Comunidade

CO - Comissão Organizadora

CPMF - Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira

CNS - Conselho Nacional de Saúde

DSS – Diagnóstico Situacional de Saúde

ENSP - Escola Nacional de Saúde Pública

FIOCRUZ - Fundação Oswaldo Cruz

FIMA – Faculdades Integradas Machado de Assis

FUNRURAL - Fundo dos Trabalhadores Rurais

FUNSSAR - Fundação Municipal de Saúde de Santa Rosa

FSS – Faculdade de Serviço Social

IAP - Instituto Aposentadoria e Pensão

INPS - Instituto Nacional de Previdência Social

LAFERGS - Laboratório Farmacêutico do Estado Rio Grande do Sul



LOM - Lei Orgânica Municipal  
LOS - Lei Orgânica de Saúde  
MS - Ministério da Saúde  
NOB - Norma Operacional Básica  
NUPEDH - Núcleo de Pesquisas e Estudos em Ética Humanos (FSS/PUCRS)  
OPS - Organização Pan-americana de Saúde  
PAIS - Programa de Ações Integradas de Saúde  
PAM - Posto de Atendimento Médico  
PMS – Plano Municipal de Saúde  
POA - Porto Alegre  
PSF - Programa de Saúde da Família  
RS - Rio Grande do Sul  
SAMU - Serviço de Atendimento Municipal  
SES - Secretaria Estadual de Saúde  
SC - Santa Catarina  
SMSHBES - Secretaria Municipal de Saúde, Habitação e Bem-Estar Social  
SINPAS - Sistema Nacional de Previdência Social  
SPA - Serviço de Pronto Atendimento  
SS - Serviço Social  
SUDS - Sistema Único Descentralizado de Saúde  
SUS - Sistema Único de Saúde  
ULBRA - Universidade Luterana do Brasil  
UNIJUI - Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul  
URI - Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e Missões  
UTI - Unidade de Tratamento Intensivo  
VII CMS – VII Conferência Municipal de Saúde

## SUMÁRIO

<b>INTRODUÇÃO.....</b>	<b>16</b>
<b>I A CONFORMAÇÃO SÓCIO-HISTÓRICA DA SAÚDE COMO POLÍTICA PÚBLICA: PARA ENTENDER O CASO DE SANTA ROSA.....</b>	<b>19</b>
1.1 MARCOS LEGAIS E IDEOPOLÍTICOS DA TRAJETÓRIA DA CONSTITUIÇÃO DO SUS NO BRASIL.....	30
1.2 A IMPLANTAÇÃO DO SUS EM SANTA ROSA.....	29
1.3 AS PARTICULARIDADES DA POLÍTICA DE SAÚDE DE SANTA ROSA NA INTERFACE COM O CONTROLE SOCIAL.....	37
1.4 A PARTICIPAÇÃO DA POPULAÇÃO NA VII CONFERÊNCIA MUNICIPAL EM SANTA ROSA.....	40
<b>II A POLÍTICA DE SAÚDE EM MOVIMENTO: O SENTIDO ÉTICO-POLÍTICO PARA UMA NOVA ESFERA PÚBLICA .....</b>	<b>44</b>
2.1 AS POSSIBILIDADES DA PRESENÇA DOS SUJEITOS NA POLÍTICA PÚBLICA.....	45
2.2 A ÉTICA DA ALTERIDADE E O ENTRE NÓS NA QUALIFICAÇÃO DA POLÍTICA DE SAÚDE.....	48
<b>III GARIMPANDO AS ETICIDADES NO DISCURSO DOS ATORES NA POLITICA DE SAÚDE DE SANTA ROSA.....</b>	<b>52</b>
3.1 A DIREÇÃO ÉTICA DISCURSIVA DOS REPRESENTANTES DAS ESFERAS DE GOVERNO.....	54
3.2 O AGRUPAMENTO DE PAUTAS DAS COMUNIDADES URBANAS E INCURSÕES TEÓRICAS POSSÍVEIS.....	63
3.3 A DIREÇÃO ÉTICO-POLÍTICO PROFISSIONAL E OS DESAFIOS PARA AMPLIAÇÃO DA ESFERA PÚBLICA.....	77
<b>CONCLUSÃO.....</b>	<b>83</b>

<b>REFERÊNCIAS</b> .....	87
<b>BIBLIOGRAFIA CONSULTADA</b> .....	92
<b>APÊNDICE A</b> - Resumo de Artigo apresentado no II Congresso Internacional dos Trabalhadores de Saúde - Cuba .....	97
<b>ANEXOS</b> .....	98
<b>ANEXO A</b> - Relatório Preliminar.....	99
<b>ANEXO B</b> - Roteiro de Atividades das Microconferências.....	103
<b>ANEXO C</b> - Trabalho premiado Concurso de Monografias Administração Pública e Reforma do Estado – Espanha.....	104
<b>ANEXO D</b> - Boletim Epidemiológico.....	130
<b>ANEXO E</b> – Notícia do Falecimento de Orlando Baumgartner	137
<b>ANEXO F</b> - Divulgação das propostas da VII Conferência Municipal de Saúde.....	138
<b>ANEXO G</b> - Relatório Final da VII Conferência Municipal da Saúde de Santa Rosa.....	139

## INTRODUÇÃO

A abordagem sobre ética discursiva dos sujeitos tal como se materializou e continua na política de saúde de Santa Rosa, emergiu na trajetória profissional do pesquisador e Assistente Social na observação sistemática da realidade e na relevância que assume a busca da cidadania na política de saúde. A representação dos Assistentes Sociais através dos núcleos regionais insere-se no processo de formulação das políticas sociais, desta forma, foi importante a representação da Delegacia Seccional do Conselho Regional de Serviço Social (CRESS) no Conselho Municipal da Saúde de Pelotas que determinou a linha de estudo e pesquisa profissional, e, no momento atual, presente na representação do Núcleo Regional de Santa Rosa no Conselho Municipal de Saúde de Santa Rosa. O Controle Social foi tema da dissertação de Mestrado na Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS), intitulada Conselhos de Saúde: o grupo, a democracia e o saber; perpassou a experiência da docência na Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões, Campus Frederico Westphalen (URI); na equipe Ampliada do Programa de Saúde da Família; na elaboração do Projeto Ético Político do Curso de Serviços Social das Faculdades Integradas Machado de Assis (FIMA) e, em todas demais atividades e estudos desenvolvidos no campo da saúde.

Estas foram implicações objetivas do exercício profissional no campo da prática em saúde que impulsionaram a construção do conhecimento e desta tese de doutorado. Na intervenção profissional do Assistente Social considera-se inseparável esta implicação com o desejo de justiça na idéia da solidariedade e o compromisso do encontro com o outro. Este desejo infinito de mudar a realidade perpassou a ação histórica dos sujeitos, distinguidos como sujeitos - outros pela forma de sua inserção no sistema de saúde local e o compromisso com os outros despertou o sentido ético. A ética da responsabilidade para com o outro, enquanto princípio da alteridade movimentou a participação e, também, o controle social.

Na perspectiva de ética na promoção da saúde foram abordados alguns capítulos desta tese em articulação com a história e princípios do SUS, observando como o objeto a mobilização e a participação de diversos atores na VII Conferência Municipal no Conselho Municipal de Santa Rosa.

Para alcançar os objetivos propostos o primeiro capítulo contextualizou no campo da saúde as conformações legais e ideológicas e políticas da construção efetiva do SUS no Brasil. Também abordou a implantação do SUS e inovações gerenciais estratégicas da Política de Saúde de Santa Rosa com as particularidades do controle social na esfera pública. Em relação à trajetória de conquistas na política pública de saúde de Santa Rosa, o texto apresentou o histórico de criação do sistema de saúde e os processos participativos das comunidades que decorrem em torno do discurso dos atores do Conselho Municipal e das Conferências Municipais, destacando a VII Conferência Municipal de Saúde de Santa Rosa.

O sentido ético deste processo de participação e controle social na esfera pública foi apontado no segundo capítulo, a partir da alteridade ética nos pressupostos filosóficos de Emmanuel Lévinas.

No âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), assumiu-se o pressuposto de que o desenvolvimento da ética da alteridade pode contribuir para o enriquecimento do debate político, para efetivação das relações intersetoriais nos diversos níveis e para despertar a consciência da participação da população organizada.

Outro pressuposto assumido, a ética da alteridade perpassando esta relação, no controle social, transitou entre a perspectiva do reconhecimento do eu e dos muitos outros. No confronto interpessoal das comunidades envolvidas e no processo de discussão de demandas e nas exigências das prioridades apontadas para a política de saúde inscreve-se os enunciados para a realização da igualdade e da justiça social.

A questão teórica de investigação buscou nos primados da ética da alteridade a orientação da responsabilidade da participação dos sujeitos representativos da política municipal. Houve a presença da alteridade, tanto na mediação quanto na articulação dos atos de fala destes sujeitos nos

mecanismos de controle social e nos momentos históricos de afirmação dos direitos à saúde do Município.

O segundo capítulo trouxe, também, os sentidos éticos expressos pressupondo que eles sedimentam a busca das mudanças necessárias para a afirmação dos princípios de justiça como articuladores da cidadania. A partir do garimpo da presença da alteridade pôde-se afirmar um modelo de gestão democrática com universalidade de acesso, integralidade da atenção e equidade.

A Conferência Municipal de Saúde de Santa Rosa na sétima edição representou um momento propício da expressão das demandas de saúde da população local, em face da luta pelo reconhecimento dos seus direitos sociais o que envolveu a interlocução de diversos atores da política de saúde.

A alteridade manifestou-se na participação efetiva e na co-responsabilidade de vida do líder comunitário Orlando (homenagem póstuma) e nas palavras traduzidas do texto do líder e trabalhador social Che Guevara (epígrafe) relacionando a transformação social com o ato de amor.

O terceiro capítulo utilizando os dados da pesquisa descritiva foi objetivado através da estratégia da análise de conteúdo em incursões nos discursos dos atores onde encontrou do sentido ético na co-responsabilidade da continuidade do sistema de saúde. A participação comunitária em Santa Rosa reexaminou e impôs, na expressão dos seus sujeitos, a concretização dos direitos sociais.

## **I A CONFORMAÇÃO SÓCIO-HISTÓRICA DA SAÚDE COMO POLÍTICA PÚBLICA: PARA ENTENDER O CASO DE SANTA ROSA**

A nova fase de organização política do Brasil, demarcada pelo processo democrático e resultante das lutas e mobilizações pela afirmação de direitos adensados no período entre 1964 a 1985, convergiu no que se estabeleceu designar Estado Democrático e de Direito.

A ordenação do Estado Democrático encontra-se na Constituição Brasileira de 1988, e nesta são estabelecidas: a estrutura política e administrativa, as relações internacionais, a economia, a segurança e os interesses fundamentais da população, por meio de poderes e órgãos constitucionais e integrantes da administração pública. A gestão do Espaço Público não é unicamente o espaço estatal nem o privado, representa uma arena de disputas de interesses da coletividade e sua preservação. Incluindo-se, desta forma, relações entre diferentes atores no contexto de relações entre a sociedade civil e sociedade política na composição da Esfera Pública.

O enunciado e o reconhecimento dos direitos humanos requerem exercício da participação dos poderes constituídos e das instâncias organizadas da sociedade civil. Neste entendimento a sociedade civil é um complexo espaço não-governamental onde se organiza o poder social, um processo que resulta do confronto de interesses, de grupos e comunidades em busca de um determinado projeto de sociedade.

Neste patamar situaram-se a construção da democracia brasileira e a constituição da Política Pública de Saúde que propõe: realizar o direito de cada cidadão e de acordo com as necessidades individuais e coletivas de saúde da população. A saúde no texto constitucional como um direito público subjetivo indispensável, é assegurada a todas as pessoas sem discriminação, como garantia institucional por parte do Estado.

A implementação do Sistema Único de Saúde (SUS) as formas de representação dos interesses afetos à política de saúde foi uma agenda de debates intensos até chegar à municipalização, na legislação do Conselho Municipal de Saúde e na realização de conferências municipais. Na perspectiva da incorporação dos direitos assegurados e construção da democracia na

saúde demarcaram as bases ideológicas e políticas deste percurso, realizadas por diversos setores da sociedade brasileira e serão contextualizadas a seguir.

## 1.1 MARCOS LEGAIS E IDEOPOLÍTICOS DA TRAJETÓRIA DA CONSTITUIÇÃO DO SUS NO BRASIL

A saúde no Brasil possui trajetórias que são importantes marcos históricos a serem considerados para o entendimento e para a visibilidade da questão da saúde. No início do século vinte as questões sanitárias agravam-se na população em virtude dos acidentes de trabalhos decorrentes da Revolução Industrial. Em 1923, com a Lei Elói Chaves<sup>1</sup> instaura a questão previdenciária e após decorre a criação do Ministério do Trabalho (MT). Em 1930 surgem demais Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs) que são mais tarde transformados em Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs), estes se disseminam por categorias profissionais em meados deste mesmo século. Vários autores analisam a história deste período a partir da caracterização do modelo econômico vigente, em complementação ao exposto Eugênio Vilaça Mendes analisou (1993 p. 21):

Até a metade do século XX, a economia brasileira esteve dominada por um modelo agro exportador fortemente assentado no café, e por essa razão a política de saúde era focada no saneamento de espaços de circulação das mercadorias exportáveis e na erradicação ou controle de doenças que poderiam prejudicar a atividade econômica. Assim, erigia-se um sistema sanitário campanhista, com visão militarista de combate a doenças de massa e com forte concentração das decisões política sobre os corpos individual e social.

O processo de industrialização acelerada nos anos 50 determinou o deslocamento do pólo da economia para área urbana e gerou uma massa de

---

<sup>1</sup> Lei Elói Chaves cria a primeira Caixa de Aposentadoria e Pensões (CAPs) organizadas e financiadas por empresários e trabalhadores.



trabalhadores a ser atendida pelo sistema de saúde que atuava no sentido de restaurar sua capacidade produtiva.

A Lei Orgânica da Previdência Social em 1963 surgiu com o Estatuto do Trabalhador Rural, que prevendo a garantia da uniformização dos benefícios. Em 1971, adota-se o Programa de Assistência ao Trabalhador Rural (PRORURAL), gerido pelo Fundo dos Trabalhadores Rurais (FUNRURAL). Em 1972, incluíram-se os empregados domésticos e autônomos no sistema da previdência.

No decurso do período de 1996 ocorreu a unificação da Previdência Social e a criação do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS). A Previdência Social brasileira, sob a doutrina de seguro social, e com orientação econômica a partir de categorias profissionais, começando a capitalização do Estado através das empresas estatais. Ao mesmo tempo em que ampliou o âmbito da Previdência Social em diferentes modalidades assistenciais, constituiu-se, em conseqüência disto, o caráter discriminatório da política de saúde, ficando clara a desigualdade no acesso qualitativo e quantitativo aos serviços.

Em 1974, o então Ministério da Previdência Social (MPS), e mais tarde, o Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social (SINPAS) vão constituir em 1982 um conjunto de Ações Integradas de Saúde (AIS), chegando após o Sistema Descentralizado e Unificado (SUDS) com comando no âmbito Estadual.

Entre meios a esse período, a Lei nº. 6.229 de 1975 instituiu-se o modelo médico assistencial privatista com instituições de competências públicas e privadas seguindo o referencial doutrinário do mesmo sistema. Na análise deste período realizada por Mendes (1993, p. 25) referiu a divisão de espaços entre as ações de saúde pública e ações médicas que ocorriam em detrimento da saúde coletiva. A análise deste período refere-se a uma divisão de espaços em que dividiam as ações de saúde pública e ações médicas em detrimento da saúde coletiva.

Assim a proposta de municipalização de saúde no Brasil iniciou discussões nos anos 60, no contexto da discussão em torno das reformas de base e foi objeto de debate na III Conferência Nacional de Saúde. Mas é na VIII Conferência Nacional que amalgamou o consenso sobre a Reforma Sanitária

Brasileira com a criação da Comissão Nacional da Reforma Sanitária em 1978/79 e as discussões em torno da integralidade para alcançar à atenção a saúde em todos os níveis e da universalização do acesso um direito de todos. Estas datas foram marcadas por tentativas de planos de unificação e de ações governamentais para o enfrentamento das crises sociais em suas repercussões no campo de saúde e financeiras do Estado. O Sistema Previdenciário foi sustentado por poderes e micro poderes constituídos de classes em oposição, que se por um lado formavam uma estrutura de poder centralizado no setor saúde, com suas articulações e composições de classes, por outro, refletiam as contradições e as necessidades dos destinatários dos serviços, que, também, eram financiadores dos próprios fundos de previdência.

A Democratização da Saúde consolidou sua identidade programática no I Simpósio da Câmara dos Deputados cujas conclusões e teses foram registradas em um documento histórico. Houve neste mesmo momento histórico a criação do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde e Escola Nacional de Saúde Pública (CEBES) em 1976, somada a fundação da Associação Brasileira de Pós Graduação em Saúde Coletiva (ABRASCO) que em 1979 conferiu o contorno institucional ao denominado Movimento Sanitário. Segundo Arouca (1976) este movimento sanitário teve três níveis: a construção do saber pela prática teórica; a transformação da consciência pela prática ideológica; a transformação das relações sociais pela prática política.

O Movimento de Reforma Sanitária no Brasil envolveu a sociedade de forma mais ampla em discussões sobre a integralidade da saúde de todos, a universalidade da atenção primária à saúde, a hierarquização dos serviços, a descentralização de todas as ações e a integração interinstitucional, também, fomentou a participação da sociedade no controle do sistema de saúde. Segundo Nilson do Rosário Costa a questão da reforma sanitária institucionalizou o conflito na proposta de ruptura no padrão de intervenção estatal no campo da saúde: (Costa, 1994, p.24): "O projeto apresentou uma agenda redistributiva com a eliminação da contribuição previdenciária como pré-condição para o direito ao atendimento, permitindo teoricamente a realização de uma significativa transferência de recursos dos segmentos que contribuem para o financiamento do sistema na direção dos não-contribuintes".

Os paradigmas individualista e coletivista passaram a constituir os processos de discussão em diversos fóruns nacionais e a Reforma Sanitária trouxe a clara opção de ruptura dos paradigmas biomédicos: curativo, hospitalocêntrico e medicalizante. Desse modo postulou a utopia igualitária e a cidadania em base no pacto social da solidariedade e da justiça social. Sobre isto Sônia Fleury<sup>2</sup> considerou claro que a opção pelo paradigma coletivista da Reforma Sanitária introduziu uma nova concepção de seguro social como explícita no texto (FLEURY, 1995, p. 25):

O conceito de Seguridade Social fundava-se na existência de fontes diversificadas de custeio da política social e em uma forma de integração destas políticas através do Orçamento da Seguridade Social. Como parte desta inovação evidenciava-se a própria introdução dos benefícios assistenciais como direito, o modelo descentralizado e democratizado de gestão de políticas sociais, a existência de um patamar mínimo para concessão de benefícios, enfim o reconhecimento dos direitos de cidadania no campo social.

O Ministério da Previdência e Assistência Social, pelo Decreto-lei nº. 94.657 em 20 de julho de 1987, trouxe a implantação através de protocolos e a operacionalidade com relação aos distritos sanitários e unidades básicas de saúde que constituiu o Sistema Único Descentralizado de Saúde (SUDS). O ato de criação do Programa de Desenvolvimento de Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde (SUDS) representou o primeiro passo do Sistema Unificado de Saúde a ser designado, posteriormente, o Sistema Único de Saúde.

Nas diretrizes básicas que permearam a implantação do SUDS há de se ressaltar segundo Rivera (1989, p.192) a universalização da assistência com plena garantia do acesso igualitário contemplando: o aprofundamento da integralidade e a melhoria de qualidade dos cuidados de saúde; a integração, regionalização e hierarquização de todas as instituições e, a descentralização efetiva. Estas diretrizes elaboradas em 1987 representaram o solo para as próprias diretrizes do Sistema Único de Saúde e com os ganhos de direitos legitimados na Constituição Federal do Brasil de 1988, o artigo 196 diz:

---

<sup>2</sup> FLEURY, Sonia cientista política da ENSP-FIOCRUZ.

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

A conformação do Sistema de Saúde na Constituição Federal assegurando o caráter de Estado Democrático de Direito, postulou a política de seguridade social com as seguintes diretrizes no artigo 198<sup>3</sup>:

I - descentralização, com direção única em cada esfera; II - atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais; III - participação da comunidade.

O modelo do SUS prevê a descentralização e o incremento da responsabilidade da gerência nos níveis locais e regionais, o acesso universal e igualitário a todos os cidadãos num conjunto de ações de iniciativa pública e da sociedade com primazia do Estado. O modelo de saúde foi regulamentado pela Lei nº. 8.080, de 19 de setembro de 1990, no artigo 4º determinou o conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas e federais, estaduais e municipais, de administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público, passando a responsabilidade de manutenção vinculada ao Estado. Vislumbrou-se a perspectiva de fomento de um modelo de saúde inclusivo para toda a população.

Este enfoque de política inclusiva e integral prestada como direito do cidadão, imprime um padrão ético de participação responsável da sociedade entendida como usuários consumidores e possíveis gestores de um direito social. Desta forma O SUS, no entendimento de Adriana Castro e Miguel Malo (2006, p.13) “vislumbra a superação da fragmentação político-institucional das intervenções em saúde e a centralidade das ações programáticas”. Para tanto, investindo na implementação de uma política sanitária de promoção, proteção e reabilitação da saúde.

---

<sup>3</sup> A Constituição da República Federativa do Brasil, Editora Saraiva 2003, p. 125 nos artigos 196, 197 e 198, apresentam diretrizes e definições da política de saúde.

No encontro desta interlocução e lutas, inicia-se o processo de democratização e participação social para o trânsito das demandas individuais tendo em vista o universal e a proteção dos direitos para todos. Para garantir a gestão democrática do SUS os atores envolvidos na sua criação ratificam o imperativo ético: garantir gestão democrática de políticas públicas, condições de vida digna, autonomia e equidade. Na apresentação do livro *Ressignificando a Promoção da Saúde* Adriana Castro e Miguel Malo (2006, p. 14) estabelecem a relação necessária afirmando: “Nesse sentido, SUS e Movimento Internacional de Promoção da Saúde têm princípios sinérgicos, ratificando a indissociabilidade entre: políticas de saúde/políticas dos demais setores; produção de saúde/ produção de sujeitos; gestão/atenção; clínica/política”.

O SUS emergiu no contexto pós 1988, tendo como princípio básico o acesso universal e igualitário as ações e serviços para proteção, promoção e recuperação e com eixo principal a descentralização administrativa. Há de se considerar que os municípios do Brasil para realizem as mudanças na gestão foram levados a alterar as próprias legislações orgânicas com leis emergidas na década de 90.

Novas formas em que interesses coletivos foram explicitados e confrontados, resultando um novo processo de decisões públicas ultrapassa a dicotomia estatal e privada, conforme modelos e estratégias criadas pelos mecanismos de poder dominantes na saúde. A esfera pública apresenta-se, assim, como um desafio à construção de políticas públicas em geral e em particular da Política de Saúde no Brasil. Assim, o alargamento do conceito de saúde e dos compromissos do setor sanitário segundo Adriana Castro e Miguel Malo (2006, p. 27) “exige outros modos de construir os conhecimentos e os fazeres do setor e de seus trabalhadores”.

Considerando o espaço público como um espaço de conflitos com determinações na crise universal da saúde entre outras, Eugênio Vilaça Mendes<sup>4</sup> coloca que as corporações empresariais, articuladas na indústria da saúde, tendem a pressionar o sistema para obter maiores lucros. Assim, como as corporações profissionais também buscam sua participação na convivência da pluralidade, na intersectorialidade e no pensar e o agir para a transformação

---

<sup>4</sup> Sobre a versão estruturalista em Mesa Redonda o cirurgião dentista, Organização Pan-americana de Saúde - OPS.

da prática sanitária. Em decorrência disto, pode-se considerar que não houve, inicialmente, o estabelecimento de uma comunicação favorável ao diálogo e a mudança de paradigma da racionalidade individual para o pensar coletivo suscitou muitos embates para a instauração da democracia participativa<sup>5</sup> na esfera governamental.

Neste sentido, o Estado e os atores sociais envolvidos na criação do SUS compartilharam preocupações e compromissos para o encontro da política e da cidadania em vista de uma nova institucionalidade e de uma ética permeada pela democracia e pelos direitos sociais. Esses conteúdos de cidadania consideram os usuários não apenas receptores, mas atores definidores na relação destes sujeitos do processo com o Estado, são constitutivos da Esfera Pública, para formulação das Políticas Sociais.

Esta nova forma de relação da esfera pública cujos sujeitos sociais investidos de representatividade social disputam lugares de reconhecimento político de suas demandas é um processo que impregnou o tecido social, direcionado pela correlação de forças políticas que se estabelecem entre atores sociais e que permite mobilizar espaços de representação, interlocução e negociação.

Embora doutrinados na Constituição Federal como princípios primordiais da pessoa na sociedade, a universalidade e integralidade encontram dificuldades no seu exercício real. Havia forte centralidade da política, no início dos anos 70, os Movimentos Sociais que emergiram neste cenário e nos anos 80 com outras pautas de lutas paralelamente suscitaram no setor saúde o controle social e disseminou-se a organização de cerca de cinco mil conselhos municipais de saúde no país.

No contexto de disputas políticas, incorporou-se a base doutrinária do SUS, a necessidade de atender às necessidades das pessoas e à qualidade da vida, resgatando a integralidade e a autonomia. Configurou-se o ideal de uma política pública, embasada na universalidade do acesso e serviços integrais. Instaurou-se, assim um compromisso com a democracia, neste requerimento de participação da sociedade e de suas instituições e organizações no exercício da responsabilidade social.

---

<sup>5</sup> Democracia participativa forma de governo constitucional que prevê a representação dos cidadãos.

Sobre o dever do Estado de garantir políticas econômicas e sociais nas Disposições Gerais da Lei Federal nº. 8080/90 postulam-se as condições de promoção, proteção e recuperação da saúde. Isto requer sejam assegurados o acesso universal e igualitário às ações e serviços. Já o artigo 2º da Constituição Federal do Brasil: a saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado promover as condições indispensáveis ao pleno exercício. Isto significa uma ampliação da capacidade de serviços de saúde, de acolher as necessidades de saúde e, ao mesmo tempo promover a reorganização de práticas de saúde.

Não obstante, alguns pontos fundamentais reguladores do setor privado tanto no setor de insumos, quanto serviços médicos supletivos e a alta tecnologia constituíram ambigüidades no sistema público. A partir deste e outros impasses para convênios, o autor abaixo descrito analisa que os critérios de repasses e transferência de recursos mobilizaram intensa reação de entidades da sociedade civil no sentido de regular a participação da comunidade na gestão do SUS com as transferências intra-governamentais de recursos financeiros.

A provisão de recursos para promoção da saúde foi extremamente importante para cumprir com os requisitos do conjunto de ações, das intervenções, das propostas, de processos e dos movimentos que a partir de então se desencadearam. Daí resultou um acordo de lideranças partidárias no Congresso e Governo, criando-se a Lei nº. 8.142 de 28 de dezembro de 1990 conforme descreve:

Ficam assegurados aos Conselhos e Conferências de saúde, a forma de alocação dos recursos do Fundo Nacional de Saúde, a regularidade e automatismo dos repasses federais a estados e municípios e as condições para estados e municípios receberem recursos federais (fundo de saúde, conselho de saúde, plano de saúde, relatórios de gestão, contrapartida de recursos e planos de cargos e salários).

Uma vez instituídos, os Conselhos de Saúde possuem o papel de executar o controle social das políticas e ações de saúde e, como componente intrínseco, a democratização e o exercício da cidadania. Os estados e os

municípios no decorrer de 1989 promulgaram as leis orgânicas com muitos atores relevantes, adentrando aos municípios uma nova concepção de saúde.

Este espaço político, designado para Conselhos Municipais e Conferências Municipais de Saúde, congregou a representação de interesses diversos e, muitas vezes, antagônicos, é sem dúvida uma arena de discussão, de negociação e de conflito. Conforme o artigo 2º da Lei nº. 8.080/90<sup>6</sup>, cada esfera de governo conta com as instâncias colegiadas: Conferência de Saúde e Conselho de Saúde. Em comentário sobre esta questão, Nilson do Rogério Costa (1994, p. 24) assegurou que foi uma estratégia de institucionalização do conflito formalizada nos Conselhos de Saúde, propostos para todos os níveis de governo.

A nova concepção de saúde pública articula-se em torno da promoção da saúde amplamente e requerem a mobilização do processo saúde-doença e de seus determinantes. Paulo Marchiori Buss (2005, p.15) trata da abrangência da promoção da saúde, propõe: “a articulação entre os saberes técnicos e populares e a mobilização de recursos institucionais e comunitários, públicos e privados para o enfrentamento e resolução”.

O grande desafio a partir de então passa a ser o de construir projetos institucionais de saúde coletiva nos moldes do que foi balizado na VIII Conferência Nacional de Saúde em 1986. Desta base fecundam-se as condições sócio-históricas para o acolhimento destas concepções na constituinte de 1988 e, no ano de 1990 ocorre sancionamento do SUS em 1990.

O texto constitucional de 1988 apontou para um novo conceito de saúde, resultantes de políticas sociais e econômicas e de outras determinações de acesso a direitos que determinam<sup>7</sup> como a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais, os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do país.

Estes fatores contêm os caminhos para sua efetivação através da proteção e da defesa da saúde, individual e coletiva, deixando de significar meros serviços médicos - assistenciais.

---

<sup>6</sup> Lei Federal nº. 8.080 de 19 de Setembro de 1990.

<sup>7</sup> Consta no artigo 3º. da Lei nº. 8.080/90.



A análise desse processo histórico pode ser sintetizada na finalização deste capítulo, utilizando o texto do autor que se refere à realidade e a circunstância do SUS conforme (Carvalho, 1992, p.12):

Dialeticamente se poderia desenhar o processo evolutivo das ações e serviços de saúde utilizando-se o esquema de tese, antítese e síntese, em que a execução estanque de ações e serviços pelos diversos órgãos e entidades do setor público e do setor privado, durante mais de trinta anos representa a tese, que produziu pela exigência do bem comum a antítese da harmonização do complexo dessas ações e serviços no antigo Sistema Nacional instaurado em 1975, o qual por sua vez, gerou num primeiro estágio a síntese da unificação com a descentralização, formulada pelo SUDS e, no último estágio, com a Constituição Federal de 1988, configurou a plenitude da síntese na unicidade conceitual e operativa do SUS.

O movimento pode ser percebido na interface com a saúde de diversas formas em meio às contradições nas relações do Estado, do Capital e Sociedade. A saúde pública que historicamente ficou a cargo do Estado é o instrumento coletivo de defesa da vida, tornando-se anticapitalista, e com a sociedade organizada realizou a síntese que une esforços e lutas comuns em defesa do SUS, como parte integrante da esfera pública.

A consolidação da cidadania na esfera pública no Brasil passa pela superação das desigualdades sociais e pelo fortalecimento dos espaços de participação social para o equacionamento das questões de saúde. O projeto ético-político dos Assistentes Sociais materializa-se nas mediações possíveis no campo da saúde, nas incursões profissionais nos movimentos sociais e em todas as formas de representação e participação democrática.

O estudo da agenda de demandas da saúde na busca da ética dos atores na política pública, em articulação com necessidades da população, mediada pelo controle social, sob forma de direitos sociais reivindicados, possibilita a realização dos princípios de justiça social. Isto possibilita as novas concepções de saúde e de doença entrelaçada aos direitos sociais apontarem

para o entendimento do rompimento dos muros restritos das teorias sociais e dos códigos de conduta profissionais para direção da ação macroética<sup>8</sup>.

Buscando delinear os caminhos desta macroética em uma realidade particular contextualiza-se a história do município de Santa Rosa, adentrando o caminho do SUS e as estratégias políticas de consecução dos princípios constitucionais, institucionais e infra-institucionais na política de saúde paralelamente privilegiando alguns aspectos da cultura e da tradição participativa da região na qual o município se insere.

## 1.2 A IMPLANTAÇÃO DO SUS EM SANTA ROSA

A necessidade de inovação para melhor eficácia na gestão municipal da saúde com base na busca da universalidade do acesso, ações e serviços e na democratização das relações com a sociedade, impulsionou a implantação do Sistema Único de Saúde no município de Santa Rosa, que priorizou a adequação da política de saúde aos princípios do SUS em 1993, passando a ser um dos dois primeiros municípios no Estado do Rio Grande do Sul que efetivou sua municipalização.

Consta no texto do Plano Municipal de Saúde<sup>9</sup> na caracterização de Santa Rosa está localizada na região Noroeste do Estado, na faixa de fronteira com a República Argentina. É uma das cidades mais distantes da capital, tendo uma área de 458 Km<sup>2</sup> com dois distritos rurais e população estimada de 72.078 habitantes. Devido à colonização de europeus, sobretudo alemães e italianos, é na maioria composta por brancos. As demais etnias componentes da colonização são: polonesa, russa, sueca e poucos de outras descendências.

Quanto aos valores e atitudes da população os maiores percentuais apresentados na pesquisa de opinião da Faculdade de Filosofia, Ciência e Letras Dom Bosco em 1989 constam: 91,96% consideraram a cultura importante, 91,96 consideraram o casamento um valor a ser preservado, 85,94

---

<sup>8</sup> Macroética compreende questões gerais que direcionam a sociedade e a prática social segundo Sebastião Loureiro. CEBES, 1992, p. 30 - 31.

<sup>9</sup> O plano Municipal de Saúde de 1993 possui o diagnóstico do município, foi um trabalho exemplar envolvendo uma equipe de profissionais de saúde com organização de Alberto Beltrame.

por cento tinha filiação partidária, 80% possuíam hábito de leitura, 77% achavam que os problemas brasileiros poderiam ser resolvidos politicamente, 70% participavam ativamente de uma comunidade. (PMS, 1993, p. 52).

Os dados obtidos referendam uma tradição de participação dos imigrantes tanto em grupos étnicos como em comunidades religiosas decorrentes das próprias da região de imigração. Esta tradição participativa e o pioneirismo que encontrado na bibliografia consultada possuem raízes na própria história dos caminhos políticos e administrativos e no desenvolvimento sócio-econômico do município. Segundo Erneldo Schallenberger e Hélio Roque Hartmann (1981,p.91), na distribuição de lotes de terra e na formação da Colônia Mista de Santa Rosa a convivência de várias etnias imprimiu, uma maior dinâmica social, o que de certa forma, repercutiu sobre o desenvolvimento global da nova área de colonização.

Em vista do início do povoamento em 1914 a Colônia Santa Rosa apresentou acelerado ritmo de crescimento. A partir da segunda metade da década de 20 começaram a vingar autênticos desejos de emancipação política, Santa Rosa já figurava como uma das zonas mais produtivas do Estado com condições de infra-estrutura administrativa, de serviços e potencialidade econômica condizente, como centro polarizador de toda a região como descreve no texto os autores; (Shalleberger; Hartmann, 1981, p.97):

Em vista deste quadro, as associações políticas formadas na Colônia, desencadearam intensa campanha de propaganda emancipatória. Foi fundado o Jornal "A Serra" que, cumpriu missão ímpar no que diz respeito à mobilização da opinião pública. Assim, com a adesão da opinião popular e justificada a importância da municipalização de Santa Rosa, a 1º de julho de 1931 o governador do Estado, José Antônio Flores da Cunha criou o novo município, através do Decreto-lei nº. 4.823.

A Organização Social da comunidade de Santa Rosa é diversificada em entidades de caráter religioso, assistencial, clubes de serviço, de representações por local de moradia, inserção no mercado de trabalho, por faixas etária, comerciais, industriais, entre outras. Nas vilas e bairros as associações de moradores são dirigidas pelos líderes comunitários, são

legalmente registradas e representadas nos conselhos municipais, com participação efetiva, inclusive, no Conselho Municipal da Saúde. Estas entidades constam no histórico Plano Municipal de Saúde (PMS) em graus diferenciados de participação segundo a forma de associação em atividades sócio-assistenciais e culturais, inclusive com assentos de representantes nos conselhos de políticas municipais. (PMS, 1993, p. 98).

A legitimação do Sistema Público de Saúde no município, descrita no Plano de Saúde, ocorreu num cenário de euforia em virtude do momento político da vitória de uma grande coligação de cinco partidos e apoio de um partido de oposição para administração municipal. Imbuída de realizar uma reestruturação administrativa em face de ter permanecido um mesmo grupo no poder durante vinte anos, implicou num processo de revitalização para buscar segundo o plano: o desenvolvimento sócio - econômico do município, a atração de investimentos, crescimento da economia municipal, instalação de novas indústrias, fortalecimento do comércio, geração de empregos, priorização da saúde com municipalização, entre outras metas estabelecidas no plano de governo. (PMS, 1993, p. 32).

Segundo o diagnóstico do plano municipal de saúde, iniciaram-se as mudanças a partir de 1991 com a reformulação administrativa que desmembrou a antiga Secretaria Municipal de Saúde Habitação e Bem Estar Social (SMSHBES), de acordo com a Lei Municipal nº. 2303. Neste mesmo período o Estado possuía a estrutura gerencial de saúde em caráter regional, através da 14ª. Regional de Saúde que possuía 19 municípios em sua jurisdição, enfrentando grandes dificuldades para o desenvolvimento de suas atividades programáticas e funcionando em parte no prédio do antigo INAMPS.

O quadro de estrutura gerencial municipal até março de 1991, conforme descrito, tinha as ações de saúde executadas pela Prefeitura Municipal, através da Secretaria Municipal de Saúde, Habitação e Bem-Estar Social (SMSHBES), que “atendia uma grande gama de serviços com a saúde, resumindo-se a consultas médicas e odontológicas, essencialmente de cunho assistencialista”. (PMS, 1993, p.102).

Consta no histórico do Plano Municipal, que a Secretaria Municipal de Saúde e Meio Ambiente, absorveu do orçamento em torno de 2% da receita municipal, sendo a vontade política de fortalecer a área da saúde e o

compromisso da administração de elevar para 10% a participação do município, a fim de realizar a implantação do SUS. Este Plano Municipal foi elaborado por uma equipe multiprofissional<sup>10</sup> do setor de saúde municipal.

A Gestão Plena da Saúde, antes de ser em Santa Rosa decisão do Executivo Municipal ou mero cumprimento dos requisitos básicos do Ministério da Saúde, teve o crivo da participação da população, das lideranças políticas, dos trabalhadores, dos gestores e usuários, pois, ocorreram intensos debates e adversidades para constituir-se em uma política de fato, inclusive, com a mobilização da população. (PMS, 1993, p. 40).

No mês de maio de 1996, com a revisão do Plano Municipal de Saúde, foi realizado o diagnóstico da situação da saúde do Município de Santa Rosa. Esse plano foi o instrumento básico e prático de trabalho na política para implantação e desenvolvimento do Programa de Saúde da Família (PSF), atualmente com a nova designação Estratégia de Saúde da Família.

A Gestão Plena do Sistema Municipal de Saúde de Santa Rosa em 1993, embora uma estratégia de gestão, foi também um processo participativo de redirecionamento conforme consta na apresentação do Plano Municipal de Saúde, segundo os textos a seguir (PMS, 1993, p.13):

Dentro de uma conjuntura nacional desfavorável; de uma realidade restritiva; de uma sociedade permeada por injustiças sociais; de um sistema de exclusão que priva a população de seus direitos mais elementares; com uma população cansada e espoliada; um quadro econômico recessivo que piora a qualidade de vida dia, após dia. A área da saúde deve ser parte de uma política mais global de promoção do ser humano. Saúde encarada, como direito de cidadania, um direito a vida.

A necessidade de buscar uma política de pública de saúde foi relacionada aos princípios da Organização Mundial da Saúde de promoção da saúde mais amplamente no planejamento das ações (PMS, 1993, p.13):

---

<sup>10</sup> Multiprofissional no texto está relacionado a todos os profissionais de diferentes níveis que participaram no processo de diagnóstico e elaboração do plano municipal de saúde.

Neste sentido, o Plano Municipal de Saúde, o redirecionamento das ações e serviços de saúde, sua ampliação, descentralização e democratização fazem parte, junto com a promoção social, de educação, de incremento econômico, de uma política municipal mais abrangente que tem no cidadão o seu foco principal, na melhoria das condições de vida e de saúde uma forma de dignificá-lo, respeitá-lo e promovê-lo.

Organizar o sistema de saúde a despeito das adversidades conjunturais deu a primazia de Santa Rosa liderar o processo rumo à promoção de profundas mudanças e instaurar um trabalho coletivo na definição de estratégias e prioridades, junto com a população. A vontade política do governo municipal e a comunidade representada no Conselho Municipal de Saúde instauraram o processo participativo local conforme o texto do Plano Municipal de Saúde (PMS, 1993, p. 108).

A constituição do Conselho Municipal de Saúde do município de Santa Rosa, como todos os demais conselhos no país, precedida pela Comissão Interinstitucional Municipal de Saúde (CIMS). A etapa de transição, paritariamente formada com diretoria provisória, posteriormente, passaria a constituir o Conselho Municipal da Saúde.

A democracia participativa discutida na Reforma Sanitária também foi viabilizada no Sistema Municipal de Saúde de Santa Rosa, especialmente, através da realização de sete conferências municipais de saúde: 1993, 1995, 1997, 1999, 2001, 2003 e 2005.

A municipalização da saúde em Santa Rosa encontra-se atualmente em Gestão Plena do Sistema Municipal, sendo o primeiro município no Estado a chegar neste patamar<sup>11</sup>. Os marcos iniciais da constituição da Gestão Plena da Política de Saúde de Santa Rosa segundo Luis Antônio Benvegnú *et al* (2005, p.14) considerou: “Instaurar a inovação gerencial como uma renovação no estilo de fazer política e administrar, cujo enfoque orientador é considerar o cidadão não como consumidor de serviços, mas como capaz de decidir e provocar mudanças, ver os indicadores propostos”. Quanto à mudança do modelo implantado, no mesmo documento acima descrito constam as seguintes considerações (Benvegnú *et al*, 1995, p.15):

---

<sup>11</sup> O outro município que organizou a Gestão Semi-Plena, paralelamente à Santa Rosa foi Panambi, sendo esta, o primeiro passo para Gestão Plena.

Considerar a mudança de um padrão curativo e hospitalocêntrico para um padrão de atenção integral e atenção a segmentos da população tradicionalmente não atendidos pelo setor público, procurando a gerência pública e cidadania nos aspectos: mudança introduzida em relação às práticas anteriores; impacto na qualidade de vida da população; viabilidade técnica e financeira; descentralização e democratização da gestão e do processo decisório [...]; forma de articulação com o setor privado; formação e qualificação dos servidores; valorização do funcionalismo por meio de condições de trabalho e melhoria salarial; sistemas de apoio à decisão; sistema de avaliação e desempenho; racionalização dos custos; Esta mudança de padrão radical não foi fácil, [...]; c) Valorizar o critério de legitimidade pública, seu grau de sustentabilidade, bem como a aplicabilidade.

A legitimação e o incremento de inovações gerenciais<sup>12</sup> exigiram a mudança de padrões, tanto dos gestores como trabalhadores e da população, em consonância com os rumos para efetivação jurídica e ação de todos os atores. Estes indicadores tiveram sua realização ao longo da história e legalização a partir da criação da Fundação Municipal de Saúde de Santa Rosa (FUMSSAR).

Houve, na construção da política de saúde municipal descentralizada<sup>13</sup>, ampla mobilização da comunidade, hoje ainda presentes na consciência dos partícipes, e também, no Conselho Municipal de Saúde. A Fundação Municipal da Saúde nos moldes propostos teve sua legislação e sobrevive até o presente promovendo a participação da população nos fóruns de debates instaurados. A estrutura do Conselho Municipal de Saúde é de representação do maior número de delegados no Estado: 72 membros. E, na realização de sete Conferências Municipais atravessa as mudanças nas administrações políticas municipais mantendo-se as propostas iniciais sobre a participação da população<sup>14</sup>. Nesta determinação inscreve-se a ousadia e vontade política de envolver decisivamente os usuários, os trabalhadores e os administradores no processo, conforme registra a história local num processo contínuo que se repete tanto no Conselho Municipal quanto nas Conferências Municipais.

A municipalização descentralizada e o Programa de Saúde da Família (PSF) foram estratégias de desenvolvimento gradual da Administração

---

<sup>12</sup> Inovação gerencial no texto entenda-se a aplicação proposta de gestão do SUS.

<sup>13</sup> Descentralização definida como transferência de poderes, reestruturação implicando delegação de responsabilidades e ampliação da participação de atores sociais.

<sup>14</sup> A participação da população/ou popular para efeitos deste texto significa os sujeitos representados.

Municipal incrementada em 1996, e estimulada pela comunidade que possui alto grau de participação<sup>15</sup>.

A Equipe Cubana que visitou Santa Rosa neste período (1996, p. 200) no diagnóstico de Santa Rosa considerou uma comunidade sólida, com apoio de toda população, com tomada de decisões políticas positivas e com compromisso na saúde e na ação intersectorial, caracterizou uma cidade sã.

Ainda consta no diagnóstico de saúde municipal de Santa Rosa que o ano de 1996 foi o momento de aperfeiçoamento, e por isto a decisão de iniciar na Vila Auxiliadora a primeira Equipe de Saúde da Família, para estender gradualmente a todo município o atendimento em igual patamar. Foi decisiva a vontade política do gestor municipal apoiada na participação ativa da comunidade. Houve a realização do concurso público de profissionais da área de saúde, com dedicação exclusiva de 40h semanais para assegurar a atenção primária de saúde. (DSS, 1996).

Considerando este quadro, a esfera pública apresentou-se como uma expressão da particularidade da Política de Saúde de Santa Rosa. Novas formas de atuação do Poder Público Municipal passaram a ser desvelados em que pesem os interesses coletivos explicitados e confrontados, resultando em novo processo de decisões públicas.

Observou-se que a prática da participação popular em Santa Rosa é peculiar devido à sua característica de congregar as comunidades rurais e as urbanas em torno do processo de preparação das conferências municipais que se constituíram processos participativos organizados com uma metodologia própria, chegando a envolver 1.500 pessoas no processo de organização e participação representada. Na VII Conferência Municipal de Saúde, por exemplo, houve o envolvimento de 450 delegados representantes eleitos em 43 Pré-conferências, realizadas nos meses de julho e agosto de 2005, mobilizando em torno de duas mil pessoas nos debates.

A peculiaridade da contratação de profissionais para comporem as equipes, também, foi inovada e não foi aleatória. Os profissionais foram concursados com percentual adicional de exclusividade para dedicação exclusiva ao Programa de Saúde da Família por 40h semanais, não podendo

---

<sup>15</sup> Participação entendida como presença organizada nos grupos e nos momentos decisões.



ter contratualmente outros vínculos empregatícios na mesma função. Isto permitiu garantir a melhor qualidade na atenção básica uma vez que todos os postos de saúde possuem o PSF. Importante ressaltar neste sentido que a Integralidade e Eqüidade permearam a construção do sistema de saúde, buscando a intersetorialidade e a interdisciplinaridade com equipes de saúde da família, que também foram ampliadas com médicos, odontólogos, psicólogos e assistentes sociais. Esta ampliação quantitativa e qualitativa da rede de atenção básica e dos recursos humanos ao serem delimitados no sistema de saúde repercutiu na inclusão de diversas categorias profissionais com a finalidade de constituir equipes multiprofissionais<sup>16</sup>, capazes de uma atenção integral e integradora.

O controle social, movimentando um processo político novo de participação da população, visto como a conquista de direitos sociais assume a forma institucional na Esfera Pública de Santa Rosa através de instâncias colegiadas, como nos demais municípios do Brasil, estes marcos de institucionalização serão descritos no título a seguir que traz analisa particularidades do processo em nível local.

### 1.3 AS PARTICULARIDADES DA POLÍTICA DE SAÚDE DE SANTA ROSA NA INTERFACE COM O CONTROLE SOCIAL

Considerando a história dos Conselhos de Saúde, desde o período do seu surgimento no início da década de 90 houve aumento gradativo da participação popular envolvendo as decisões sobre os destinos da sociedade em instâncias colegiada, gestoras de ações de saúde, em todos os níveis e com ampla participação das representações populares. Também, supõe a democratização dos processos de planejamento social e de gestão da Política de Saúde.

A participação popular, fundamental no processo de gerência, planejamento e definição de políticas de saúde para efetivação de um

---

<sup>16</sup> Equipes com os seguintes profissionais: médicos especialistas gerais comunitários, odontólogos, enfermeiros, assistentes sociais, nutricionista, bioquímicos e psicólogos.

adequado Sistema Municipal de Saúde, dentro dos princípios e diretrizes do SUS, voltado para os interesses de necessidades da maioria da população, começaram a ocorrer de maneira formal com a criação do Conselho Interinstitucional Municipal de Saúde (CIMS) na cidade de Santa Rosa, que foi instalada no dia 17 de julho de 1987.

A CIMS de Santa Rosa era composta por 35 entidades e dirigida por um núcleo de coordenação formado por um presidente, um vice-presidente e secretário. A maior dificuldade encontrada na época e que acabou por desestimular uma maior participação popular foi a definição de que o colegiado era apenas consultivo, não podendo deliberar efetivamente sobre os temas relativos à saúde no município.

A participação da sociedade através da comunidade local representada se especifica na Lei nº. 8.142, de 28 de dezembro 1990, definindo a competência dos Conselhos de Saúde e legitimando uma política social pública. Esta participação, supondo a identificação de demandas que se elevam à universalidade nas propostas de todos os destinatários na instância municipal da Política de Saúde, organiza-se através do Conselho da Saúde, conforme o texto da legislação a seguir: (LEI FEDERAL nº. 8.142/92).

O Conselho de Saúde, em caráter permanente deliberativo, órgão colegiado composto por representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários, atua na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde, na instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos financeiros e, cujas decisões serão homologadas pelo chefe do poder legalmente constituído em cada esfera de governo.

As decisões são deliberações<sup>17</sup> e a composição do Conselho Municipal de Saúde deve ser paritária entre os representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários. Em Santa Rosa, em agosto de 1992, através da Lei Municipal nº. 2452 e alterada pela lei nº 2688 de março de 1994 foi instituído o Conselho Municipal de Saúde de Santa Rosa, já com

---

<sup>17</sup> As deliberações decorrem de decisões votadas e aprovadas pelos conselheiros em reuniões ordinárias dos Conselhos Municipais, o poder deliberativo destas foi reafirmado na Resolução nº. 333, de 4 de Novembro de 2003, do CNS.

plenos poderes deliberativos e o respectivo Núcleo de Coordenação. A área de atuação dos Conselhos de Saúde que se estabelece em articulação com a sociedade local revela a possibilidade concreta de decisão nos rumos da política de saúde, pressupondo uma relação de democracia participativa entre os atores, de modo que estes sejam capazes de planejar e deliberar a política do município.

Esta participação no Conselho Municipal de Saúde capacita e, nos atos de reunir, avaliar, reivindicar, deliberar sobre os objetivos e condições de execução da política de saúde local, há possibilidades concretas do estabelecimento da consciência crítica e da superação da herança de subalternidade legada do modelo autoritário de governo de décadas anteriores do Brasil.

Conforme o número do Conselho Municipal de Saúde dos membros foi significativo, um dos maiores em número no Estado é formado por dezesseis (16) representantes do governo, oito (8) dos prestadores de serviços, doze (12) dos profissionais de saúde e trinta e seis (36) representantes da sociedade civil organizada.

No município de Santa Rosa, a base desta proposta do sistema local foi construída juntamente com a população, num processo de intensos debates que envolveram o Plano Municipal de Saúde (PMS) com a determinação de realizar a política de saúde com um diferencial em toda região e a Gestão Semiplena do Sistema de Saúde, passando posteriormente a Gestão Plena. (PMS, 1996, p.108).

A busca do equilíbrio tanto das representações governamentais quanto não governamentais na paridade numérica mantém-se, mas, as articulações dentro do Conselho devem ser construídas no cotidiano porque a diversidade dos campos abre possibilidades de consensos nos dissensos no desenrolar do processo deliberativo dos conselhos municipais.

Os conselheiros respondem enquanto sujeitos públicos aos mecanismos de controle e responsabilização por suas resoluções. São agentes convocados ou nomeados para prestar um serviço de relevância pública. Da mesma forma que o conselheiro é agente de relação orgânica da realidade particular que representam com a totalidade. Este movimento lhes conduz a novas práticas que adentram a organização do Estado, podendo os sujeitos tornarem-se

atrelados aos processos burocráticos ou assumirem o papel de agentes de mudanças.

A análise sobre direitos sociais neste estudo consta em articulação com as necessidades e condições da existência, tendo relação estreita com os modos de organização e reprodução da vida social. Em vista dos direitos humanos específicos, abrangendo as diversas expressões da questão social, tanto relacionados às fases da vida, o gênero, a etnias, a infância, maternidade, velhice, estados de saúde normais ou doentes e sua correspondente relação, fazem parte de uma imensa complexidade do campo da saúde. No entanto, são direitos constitutivos dos direitos humanos e, remetidos à cidadania social são reconhecidos como direitos sociais.

O caminho da criação legal dos conselhos municipais de saúde foi uma construção social que encaminhou espaços de exercício da cidadania e possuem potenciais recriadores das relações de poder na esfera pública. Um dos indicadores expressivos deste caráter mencionado acima é a possibilidade de exercer poderes governamentais conforme Carvalho (1995, p. 112) pela sua ação de interpelação ao Estado, o que significa a concretização na cultura política da alteridade<sup>18</sup>.

Com uma identidade política própria, nenhum candidato à administração pública tem a ousadia de ignorando o Conselho Municipal de Saúde ou mesmo desprestigiando-o sob o real perigo de não obter êxito na sua eleição, constituindo-se, desta forma, como sujeito do processo político municipal.

A presença do outro em práticas contra-hegemônicas no interior da esfera pública governamental foram expressas em relações permeadas de alteridade ética pela noção de direitos socialmente pactuados. Estes direitos foram e, estão compactados no sistema de saúde de Santa Rosa através do Conselho Municipal da Saúde e das Conferências Municipais de Saúde.

#### 1.4 A PARTICIPAÇÃO DA POPULAÇÃO NA VII CONFERÊNCIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE SANTA ROSA

---

<sup>18</sup> O sentido da alteridade no controle social é citado por SPOSATI, A & LOBO. Controle Social e políticas de saúde, Cadernos do CEAS n°. 139, 1992, p. 64 - 80.

A aproximação da expressão dos atores da conferência municipal de saúde no cotidiano profissional saúde pública, constituiu o garimpo possível para uma aproximação teórica do sentido ético para a aproximação teórica. A expressão da fala dos atores é o desafio de uma reflexão fundamental. Na concepção teórica adotada não se separa da prática o discurso e vice-versa, tornando assim possível a busca da configuração do ato ético no agir dos sujeitos do discurso na configuração do ato ético.

A VII Conferência Municipal da Saúde de Santa Rosa foi realizada nos dias 23 e 24 de Setembro de 2005. Teve como tema “Desospitalização: deixe a saúde entrar em sua casa”, sendo este o campo de pesquisa escolhido, o cenário de importantes dados na expressão da fala dos atores e nos documentos e registros.

Em evidência a ação de diversos sujeitos envolvidos, sujeitos estes coletivos<sup>19</sup> representaram setores fundamentais ligados à saúde, tanto prestadores de serviços públicos quanto privados e grupo de consumidores como movimento sindical e popular de saúde.

Os sujeitos coletivos e delegados representantes revelaram-se envolvidos nos processos de participação social e imbuídos da defesa dos direitos sociais, envolvidos na dinâmica da política pública. Na medida em que a busca de realização de direitos instituídos se expressa na enunciação dos sujeitos públicos, pode haver a transformação das condições que impediam sua concretude quando foram enunciados.

Em Santa Rosa ao longo dos anos de implantação da municipalização, do SUS, estabeleceu-se uma metodologia própria de trabalho diferenciando as conferências municipais realizadas bi anualmente, de acordo com deliberação do conselho municipal. As regras metodológicas das conferências são observadas pela Comissão Organizadora.

Na realização das reuniões preparatórias das conferências municipais são utilizadas tarjetas de cartão, escritas com pincéis, onde a população descreve boas, ruins e sugere ações na seguinte forma descrita Apêndice A pelos autores (Benvegnú *et* Gallo, 2001, p. 1):

---

<sup>19</sup> Sujeito coletivo aquele que tem projetos políticos a serem construídos e ação num tempo cronológico. SADE, Eder, *citado por* CARVALHO, Antônio Ivo. Rio de Janeiro: FASE/IBAM, 1995, p. 136.

A estratégia metodológica foi muito acessível a todos, se baseando em relatos das reuniões respondendo a três questões: Que Bom = destacar os bons serviços existentes na rede básica; Que Pena = problemas e dificuldades encontradas no sistema local; Que tal = outros mais sugestões e mudanças necessárias.

No segundo momento são reunidas as respostas (que bom; que pena e que tal?) num painel para proceder à apreciação e votação da assembléia. Em continuidade foi elaborado o relatório das propostas e coletadas as assinaturas dos presentes. O Relatório de Pautas Preliminares contém as reivindicações que deixam o caráter isolado de uma comunidade para comporem as pautas de reivindicações gerais. Neste processo ocorre a omissão de nomes pessoais, de categorias profissionais e de questões isoladas e desvincula-se a comunidade de procedência.

Os relatórios são enviados para serem sistematizados no Relatório de Pautas Preliminares das Micro-conferências, cujos resultados são apresentados agrupados e analisados posteriormente pela Comissão de Sistematização. Após a eleição das prioridades, já na segunda etapa de Pré-conferências, com a comunidade distrital reunida, foi feito o Relatório das Pré-Conferências que integraram a pauta de discussão dos grupos e debates na VII Conferência Municipal de Saúde.

O relatório de pautas originárias das reuniões nas vilas objetivou discutir o sistema de saúde e eleger representantes para a Conferência Municipal. Estas reuniões foram coordenadas por três monitores membros da Comissão Organizadora que utilizaram um texto básico sobre o sistema de saúde para iniciar o debate, colheram as presenças e relataram as conclusões.

Durante as Conferências Municipais sempre ocorre à discussão em grupos das prioridades, que são apresentadas pelo relator e votadas na Plenária Final. A Comissão de Sistematização elaborou o Relatório Final da VII Conferência Municipal contemplando o resultado das votações, que foi publicado na imprensa escrita local.

A população, ao longo dos anos, compõe Comissão de Organização das conferências que é escolhida em reunião ordinária do Conselho Municipal, juntamente com a escolha do Presidente da Conferência. Portanto, os

documentos apresentados são manifestações concretas da expressão dos sujeitos envolvidos e parte da produção conjunta com os trabalhadores de saúde, gestores e prestadores de serviços.

Na VII Conferência a Comissão Organizadora utilizou a dinâmica para conduzir as reuniões da seguinte forma: um copo descartável cheio de líquido vermelho, significando a saúde e a vida plena, com um alfinete a cada item o monitor fazia perfurações. Gradativamente, o líquido esvazia. Diante disso, o coordenador inicia a discussão sobre o financiamento do sistema de saúde e após são ouvidos os moradores da comunidade com registro em relatório.

Na comunidade da Vila Winkelmann, por exemplo, houve a presença do pesquisador juntamente a cerca de trinta participantes entre adultos e idosos, sendo que suas intervenções ocorreram de forma informal. Alguns se manifestavam através de perguntas, outros registrando fatos ocorridos que não havia lhes agradado enquanto outros preconizavam com bom humor ou mesmo ironia, destacando na conferência itens importantes para constar em relatório.

Nesta fase, também, se observou também a reunião na Vila Planalto que contou com de doze líderes locais. No salão comunitário onde se realizou a microconferência foram apontadas necessidades, foram avaliados os serviços de saúde, como é praxe nesta etapa do processo de participação. Nesta localidade foi realizada a cerimônia fúnebre do líder comunitário Orlando<sup>20</sup>.

O campo da política pública na esfera municipal do governo de Santa Rosa particulariza-se pela construção de políticas sociais compromissadas com a defesa dos direitos sociais, da autonomia e da melhoria das condições de vida. O encontro entre o processo de constituição dos sujeitos-outros, imbuídos de princípios e valores éticos dão o sentido para o caminho de construção da esfera pública. O capítulo que segue trata dessas possibilidades éticas como um pano de fundo do cenário em movimento dos diversos atores na conquista da participação social.

---

<sup>20</sup> Orlando Baumgartner de Souza homenagem póstuma, colaborou na divulgação e teve morte súbita na cerimônia de abertura da VII Conferência.

## II A POLÍTICA DE SAÚDE EM MOVIMENTO: O SENTIDO ÉTICO-POLÍTICO PARA UMA NOVA ESFERA PÚBLICA

O sentido ético para uma nova esfera pública se realiza na busca da justiça e da igualdade para o outro. O princípio da alteridade ética no rosto do outro se vê as suas necessidades e nelas as próprias, suscitando a responsabilidade da existência e da subsistência. Neste solo, surge a luta para garantia dos direitos sociais. A constituição de uma esfera pública com instâncias de lutas coletivas é o campo fecundo para o florescimento de um estatuto de cidadania e o reconhecimento dos sujeitos - outros<sup>21</sup>, cuja ação é solo para a garantia do universalismo e equidade política no campo da saúde.

O encontro com alteridade significa antes de tudo reconhecer o ser e pensar a realidade enquanto possibilidade de realizar a justiça. Porém, a justiça a ser conquistada numa construção histórica, na perspectiva para o outro, busca a garantia de direitos à vida, à liberdade, à saúde e demais direitos compreendendo mais que o alcance do mero direito individual, mas a promoção dos direitos de todos.

A ética que é um convite à relação, ela é uma prática, pois, diante de mim a realidade do outro é concreta, não é um problema teórico. Nos pressupostos assumidos nesta tese, o rosto do outro representa na sua imagem, não é uma representação mental. Esta imagem reflete os problemas de saúde e o sofrimento dos sujeitos, especialmente para os profissionais de saúde são encontros diários.

A construção da ética ocorre no cotidiano, suscitando uma resposta aos apelos do outro. Para Natálio Kisnnerman (2000, p. 5): “são essa ética e essa moral as que rechaçamos, muito antes de ter aderido ao construcionismo, por entender que nada está regido exclusivamente pela razão e que tudo se constrói na prática das relações sociais, no espaço de significados do que participamos e construímos as pessoas”. Este pensamento orienta as afirmações desta tese, por complementar as indagações iniciais e direcionar o espaço profissional das profissões sociais. A partir de tais pressupostos defini-

---

<sup>21</sup> Sujeitos (outros) são os sujeitos que se comprometem com o outro e pela sua inserção na prática social são imprescindíveis.



se ética<sup>22</sup> como o ato do sujeito na realidade humano social baseado na responsabilidade com o outro para a sua existência e realização da justiça social.

A sustentação dos discursos dos diversos atores sociais emerge junto às preocupações com igualdade e justiça, encontrando na enunciação da palavra na participação social o compromisso com a questão do outro e o lugar do ser na ordem social. Essas afirmações desafiam a situar o trânsito da discussão teórica e a prática dos sujeitos sociais. A autonomia e sobrevivência dos sujeitos requerem manter a política saúde em disputa com os demais projetos sociais postos na esfera pública.

Neste patamar se considera a Conferência Municipal como espaço privilegiado de expressão da palavra na construção da esfera pública da Política de Saúde local nos enunciados que remetem à justiça social na política de saúde. O conjunto do texto no capítulo que se segue, consolidado no estudo bibliográfico e nos documentos, representa a multiplicidade das vozes dos atores no processo de participação da política de saúde no município de Santa Rosa em vista das possibilidades de concretização de pressupostos da ética da responsabilidade<sup>23</sup> e das possibilidades éticas da intervenção dos sujeitos.

## 2.1 AS POSSIBILIDADES ÉTICAS DA PRESENÇA DOS SUJEITOS NA POLÍTICA DE SAÚDE

A construção sócio política está inserida na história dos sujeitos e essa história é uma construção humana, portanto, a concepção do mundo e a consciência do agir menos individual ao mais coletivo é decisivo para construir políticas sociais.

Na política de saúde, para que os conflitos e interesses adquiram visibilidade pública e realizem o movimento de contraposição de suas necessidades reais, há que haver debates e consensos. Somente os sujeitos

---

<sup>22</sup> Ética no texto é a prática da alteridade para coexistência.

<sup>23</sup> Ética da responsabilidade é a intervenção do sujeito e/ou o ser na sociedade a fim de promover a justiça.

comprometidos com os demais podem enfrentar os determinantes sociais enunciando através do diálogo as alternativas e mudanças necessárias.

O diálogo é o atributo que media a comunicação humana e através ocorre à participação do sujeito no sistema político social, um convite à ética da alteridade para a conformação das políticas públicas. Portanto, é através do sujeito participante que se materializa no controle social a objetivação da presença dos sujeitos - outros na política de saúde.

Neste sentido, Marilena Chauí (1995, p.117) destaca no ponto de vista do agente ou sujeito moral, a ética faz uma exigência essencial qual seja: a diferença entre passividade e atividade. O principal constituinte da existência ética, o sujeito moral, isto é a pessoa consciente de si e dos outros, que reconhece a existência dos outros como sujeitos éticos. Desta forma, a ética concretiza-se, também, na palavra dita, pois nela está contida a inserção do sujeito no mundo. Com isso se quer dizer que o sujeito, ao se expressar, também revela a sua ética.

Segundo Chauí (1995, p.118):

Do ponto de vista ético e moral, a consciência é a espontaneidade livre e racional, para escolher, deliberar e agir conforme a liberdade, aos direitos alheios e ao dever. É a pessoa, dotada de vontade livre e de responsabilidade. É a capacidade para compreender e interpretar sua situação e sua condição (física, mental, social, cultural, histórica), viver na companhia de outros segundo as normas e os valores morais definidos por deliberação e decisão, realizar virtudes e, quando necessário contrapor-se e opor-se aos valores estabelecidos em nome de outros, considerados mais adequados à liberdade e à responsabilidade.

Dentro destes parâmetros a autora reafirma a liberdade e a responsabilidade da consciência moral constituindo a consciência política do cidadão. Estes agentes políticos da práxis são os sujeitos - outros que fazem à diferença.

Ao falar em sujeitos concretos procura-se concentrar nos problemas essenciais vividos nas relações com os outros, e, neste sentido, une-se o pensar e o fazer. Ao voltar-se para e pelo outro há um desinteresse de si na arena da vida social, unindo a transcendência e a cotidianidade, a razão e a

práxis. A idéia de alteridade é a transcendência do eu, descortinando-se na relação ética, um o ato responsável de voltar-se para o outro, pois ele contém e revela a possibilidade e a realidade do além ser e da identidade do mesmo, como transcender para o outro, numa relação recíproca que Lévinas chama de alteridade. (LÉVINAS, 2005, p. 213)

O significado da alteridade está na relação entre o eu e o outro, a reciprocidade na relação do eu com o outro no mundo, este encontro inscreve-se no fato de que eu não posso realizar a sociabilidade como um sujeito só, pois não posso me encontrar apenas comigo mesmo.

O sentido de alteridade só vem de outrem e realiza-se na relação social fundamental e no posicionamento do existir no mundo. Ou seja, positividade da relação de reciprocidade entre o eu e o outro que a alteridade se expressa. A construção deste sentido humano ocorre na ruptura com a indiferença e esta possibilidade de responsabilidade com o outro é um acontecimento ético argumenta Ricardo Timm de Souza: (2003, p. 23):

Encontrar o Outro significa assim muito mais que um acontecimento trivial como outro qualquer; significa encontrar uma razão de viver, um motivo para perdurar a existência. Em longo prazo, significa a possibilidade da construção de um sentido do humano em meio às agruras e dificuldades da vida. Pois, para que se vive, senão para encontros, encontros com a realidade sempre nova que palpita no ritmo da temporalidade que passa? O ser humano, emerso da multiplicidade; sua solidão existencial o puxa para fora, para além de si, para o Outro que está adiante de suas idéias, de seus preconceitos, até mesmo de suas carências.

Nessa visão o sentido do humano é uma instância de humanização aberta ao infinito e responsável que o eleva e o realiza tanto individual como socialmente. A construção da ética da alteridade ocorre investindo-se na liberdade do ser e na superação do apenas eu. Para Lévinas é uma inversão humana do em si e do para si priorizando o outro, é o sair de – si – para – o outro. (2005, p. 269).

O sujeito ao agir revela sua ética, na ação orientada por princípios. Nestes termos o cotidiano humano é o espaço de desenvolvimento da ética. A dimensão concreta da ética emerge da impossibilidade de tematizá-la como

abstração, e sim como expressão do agir humano, referendado no texto citado abaixo de Souza (2003, p.11):

Neste contexto difícil de inícios do século XXI, sabemos que não podemos deixar de olhar com especial atenção para os temas referentes às dimensões éticas. Em toda e qualquer circunstância da vida humana, seja em sua dimensão individual ou coletiva, é a forma de agir – o tema central da ética – que determinará as características de uma determinada comunidade ou sociedade.

No texto acima o autor manifesta que a dimensão ética define uma comunidade ou sociedade. A construção da Política de Saúde em Santa Rosa vem demonstrando a implicação dos sujeitos com a política de saúde e com a ética. Dentre a multiplicidade dos sentidos da ética, o enfoque que nos permite aproximações com o objeto de investigação supõe o modo pelo qual ela se materializa para realizar a universalização, o entre nós na saúde.

Assume-se uma proximidade entre ética e alteridade (Lévinas) cujos pressupostos são de diferentes dos autores, mas complementam-se na enunciação dos atos de fala e na atitude. Kisnnerman (2003, p. 3) afirma: "Entendemos a Ética como atitude, como a coerência entre a palavra e a ação, e, decidimos que é uma construção, porque ao inserir no mundo de relações se constrói a si mesma".

O item a seguir aborda o desdobramento da ética para os outros na política de saúde um campo de articulação de demandas e necessidades.

## 2.2 A ÉTICA DA ALTERIDADE E O ENTRE NÓS NA QUALIFICAÇÃO DA POLÍTICA DE SAÚDE

A ética é um encontro real com o outro, é um convite à relação para a convivência. Os caminhos do sentido deste encontro entre ética e alteridade são buscados na expressão dos sujeitos da política de saúde nas instâncias do controle social.

As diferenças e injustiças da convivência dos sujeitos no discurso se materializam na palavra dos representantes dos usuários inquietando a ponto de comprometer ações práticas para superação destas diferenças via da responsabilidade com outro na vida comunitária.

Ricardo Timm Souza (2003, p. 24) em outras palavras explica que o encontro do cotidiano é inevitável com o compromisso, pois o que o outro representa originalmente frente a mim é um problema não apenas teórico, mas um acontecimento concreto. É um desabrochar da racionalidade da relação que compreende o mundo desde o sentido do encontro face a face. Este mesmo autor (2003 p.11) considera que “o Agir - é uma questão que se ocupa a ética - não é nunca uma questão meramente individual, isolada, mas uma questão fundamental coletiva”. É no encontro com os outros na promoção ou na negação do outro que nosso agir se concretiza.

A proximidade do outro faz transparecer em mim a alteridade que é a condição do outro em relação a mim. Na concretização da relação tão humana quanto resposta a ela inerente, identifica-se, também, o sentido ético. Para a compreensão do sentido humano da alteridade busca-se a contribuição do conhecimento de Emmanuel Lévinas<sup>24</sup>, nele a exploração dos caminhos do sentido da justiça e da liberdade, a partir da sua experiência durante a segunda guerra mundial, do sofrimento da morte de sua família no holocausto, e de ser prisioneiro levado a executar trabalhos forçados.

O pensar filosófico de Lévinas (2005, p. 269) é um questionamento ético que vai além da ontologia, pois ele sustenta o ser social não apenas na existência temporal, mas no horizonte de sua consciência, ele destaca: “A inteligência do ente consiste então em ir para além do ente – precisamente no aberto - e em percebê-lo no horizonte”. No horizonte do ser, surge na luta pela vida a preocupação pelo outro, e esta possibilidade do um - para - o - outro ocorre de forma inversa a mim mesmo, é um acontecimento ético.

Em outras palavras, o acontecimento ético é um agir do ser para o outro no qual ele não pensa em si. Ele fica imbuído do desinteresse por si para dedicar-se a outra existência; reafirma o outro como ser e estabelece a relação

---

<sup>24</sup> Emmanuel Lévinas filósofo lituano nasceu em 1906, desenvolveu estudos na França onde morreu em 1995. O tema convergente central que produz sua unidade é a alteridade.

de responsabilidade pela sua sobrevivência. Esta relação irredutivelmente aponta ao além, a subjetividade seguida para Deus.

O ser que na presença do outro se vê como responsável por ele e pelos outros, ou seja, na experiência com o outro desperta a consciência de pertencer à existência. Pensa as coisas, determina a ação e articula sua concretude, reexaminando as relações estabelecendo um ordenamento de vida. No entendimento que eu não posso permitir a morte do outro, então, eu luto pela vida do outro. Esta proximidade do outro é ilimitada na consciência adquirida pela responsabilidade social<sup>25</sup> é uma resultante da reflexão do papel da ética e da política conforme as palavras “para nós, ética e política não são campos separados no âmbito da filosofia ou da ciência política, mas formas íntimas de expressão do agir humano sadio em comunidade”. (SOUZA, 2003, p. 9).

O estudo empreendido nos permite compreender a epistemologia da ética instaurada a partir da decisão da vontade singular e dos atores partícipes do Controle da Política de Saúde de Santa Rosa, que pretende encontrar o sentido profundo humano do entre nós<sup>26</sup> na prática do diálogo. No campo da saúde há uma peculiar possibilidade de inserção dos sujeitos na defesa de uma política social e no diálogo entre sujeitos se concretiza a enunciação dos direitos sociais. O contato com vários níveis da realidade que aparecem no cenário emerge no plano da singularidade, na forma de situações isoladas dos indivíduos, de grupos ou de comunidades, na tensão da imediaticidade, como demandas de justiça reportam a universalidade.

A participação do cidadão nas lutas pelo direito à vida e à saúde, promove a justiça social configurando o sentido ético para o outro. A ação concreta de sua defesa dos direitos sociais em conjunto, unindo forças na comunidade expressa para população em sua sociedade.

O papel dos sujeitos no processo de autoconsciência que desencadeia nesta arena de debates apela ao ser aí e constitui os sujeitos éticos. O significado ético dos sujeitos, expressos nos seus enunciados de falas, são

---

<sup>25</sup> Responsabilidade Social, entendida como uma intervenção na sociedade com fim de promover a justiça

<sup>26</sup> Entre nós relação intersubjetiva, ligação impalpável que ordena a vida para Lévinas.

focalizados no próximo item sobre o garimpo<sup>27</sup> da participação dos atores do controle social na Política de Saúde.

---

<sup>27</sup> Garimpo termo utilizado para designar escolhas significativas ou evidências relacionadas aos construtos

### III GARIMPANDO AS ETICIDADES NO DISCURSO DOS ATORES DA POLÍTICA DE SAÚDE DE SANTA ROSA

A produção do pesquisador é comparável a uma viagem com um mapa. Com muitas incertezas inicia-se o caminho, tentando um esboço da representação parcial do fenômeno investigado, a fim de reproduzir um modo de constituição da realidade. O objetivo desta viagem é encontrar o sentido ético e humano das ações de busca da cidadania engajada na política municipal de saúde.

Na direção do entendimento de que a saúde é uma relação entre as condições sociais e as práticas de saúde institucionalizadas em canais que possibilitam a busca da satisfação das necessidades humanas fundamentais, é importante a assunção de um conceito de saúde mais abrangente, resultante das formas de organização social e a subjetividade da relação com os outros.

As formas de organização desta sociabilidade nos entremeios dos tempos difíceis do hoje relacionam a saúde como uma resultante da mediação da comunicação cotidiana entre os sujeitos que produzem sua organização na esfera da política de saúde. Dentro destes conteúdos foram extraídos os sentidos através dos procedimentos orientadores da análise do conteúdo dos documentos examinados. Estes conduziram a investigação para o apontamento dos sentidos dos discursos dos atores.

O desenvolvimento da metodologia de Estudo de Caso conduziu a investigação para procura de sentidos éticos nas falas dos sujeitos. Os sujeitos coletivos que constituem hoje o setor saúde são os prestadores de serviços públicos e privados, os trabalhadores de saúde e os usuários. Ao caracterizar os processos participativos da população emerge a importância destes sujeitos na configuração da história da saúde e no contexto do SUS local.

As categorias garimpadas são compreensões do conjunto de informações colhidas que evidenciam elementos básicos para unitarização<sup>28</sup>.

As pautas dos relatórios das micro-conferências serviram para focalizar os elementos com o sentido ético do objeto de estudo para registrar a

---

<sup>28</sup> Unitarização são os elementos específicos que vem de encontro ao objeto de estudo.



emergência de categorias de análise na originalidade em que foram produzidos.

Estas pautas agrupadas em um texto são trazidas com suas categorias delimitadas a priori pelos sujeitos do processo de pesquisa. A fase subsequente, a estratégia de análise textual, evidencia-se as categorias emergentes<sup>29</sup> de acordo com os níveis representação dos sujeitos e das enunciações dos seus discursos. Derivam deste processo os *constructos*<sup>30</sup> apresentados nos itens: direção ética discursiva dos representantes das esferas de governo; agrupamento de pautas das comunidades de usuários e a direção ético política dos trabalhadores sociais.

A análise de conteúdo como uma técnica de levantamento de dados e informações deste Estudo do Caso buscou no contexto histórico e nas informações disponíveis os subsídios para inferir algumas categorias emergentes no material escrito coletado e nas falas dos sujeitos.

Visto de outro modo à estratégia de análise de conteúdo (BARDIN, 1997) dos discursos dos atores é o instrumento para indicar a subjetividade ética que se manifesta naturalmente, sem escolhas e a aplicação dos conteúdos expressos nas falas nas suas freqüências nas pautas. Portanto, o objeto de estudo é a palavra em amplos processos de debate com a população e seus rebatimentos na política pública de saúde na esfera municipal.

As conferências municipais realizadas anteriormente trouxeram aportes para organização e motivou à realização da VII Conferência Municipal de Saúde que foi gravada e feita a transcrição da fita de vídeo dos pronunciamentos. Os mecanismos de controle social, o Conselho e a Conferência Municipal de Saúde são analisados através dos documentos elaborados em conjunto pelos participantes dessas instâncias, nos registros de campo nas microconferências, grupos de discussão e plenárias, nesta de ida e vinda os dados agrupados são um esforço compreensivo, no sentido de superação das situações evidentes para o encontro do significativo.

### 3.1 A DIREÇÃO ÉTICA DISCURSIVA DOS REPRESENTANTES DAS ESFERAS DE GOVERNO

---

<sup>29</sup> Categorias emergentes são compreensões de ajustamento entre os sujeitos, o objeto e incursões teóricas.

<sup>30</sup> *Constructos*: construção teórica que busca representar o significado teórico de uma proposição.

Nesta análise pretende-se valorizar os sentidos éticos das falas das três esferas de governo através de seus representantes ao manifestaram-se na abertura da VII Conferência Municipal de Saúde de Santa Rosa, na sessão de abertura no Centro Cívico Municipal.

A emergência das categorias de análise na perspectiva da ética é extraída tal como emergem nos discursos dos sujeitos procurando a dimensão da participação e da responsabilidade social. Percebeu-se que a alteridade interpela os sujeitos na política social para a garantia dos direitos dos outros. Evidencia-se isto na exposição dos argumentos dos representantes de governo nas esferas Federal, Estadual e Municipal, que manifestam a materialização de suas ações para a comunidade representada durante a VII Conferência Municipal de Saúde.

Os sujeitos representantes das esferas de governo foram consultados pessoalmente sobre a utilização de parte de suas falas para fins desta tese, os mesmos referendaram sua concordância e consentimento. Em data anterior ao evento foi enviado um ofício solicitando o consentimento para a pesquisa e o protocolo da pesquisa foi aprovado pela assembléia presente a reunião.

Porém, é pertinente considerar que os documentos oriundos da exposição e do debate são de interesse social relevante e foram explicitados na plenária da VII Conferência Municipal de Santa Rosa que é uma plenária aberta para toda população realizada no Centro Cívico Municipal. Documentos estes que tem o domínio público ao serem divulgados na mídia local.

O texto passa a apresentar os achados da pesquisa num *constructo*<sup>31</sup> destacando as categorias emergentes. A primeira categoria emergente a se destacar é a **alteridade**<sup>20</sup> sob o aspecto de responsabilidade com o outro. Ela não é abstrata e se manifesta no gesto e na palavra dita. Portanto, reflete-se no pronunciamento a seguir do Representante do Executivo: “E assim vamos todos juntos de forma inteligente, de forma solidária ver de que forma podemos aproveitar o dinheiro que temos para fazer a melhor saúde para todos. Obrigado”. O representante ao saudar a platéia da VII Conferência faz um

---

<sup>31</sup> *Constructo* é uma construção variável que busca representar o significado teórico de uma proposição.

<sup>20</sup> Alteridade é o sentido humano da ação pelo outro, que é uma expressão da minha responsabilidade pela sua existência.

convite para utilização de maneira responsável e solidária utilizar o recurso público.

O **diálogo**<sup>21</sup> segunda categoria emergente, o componente essencial da relação entre os sujeitos. É através dele que se operam as transformações das posições e contraposições dentro do espectro da cidadania e inicia-se no reconhecimento das partes que interagem no cenário como considerou o mesmo Representante do Executivo ao dizer:

Bom dia senhores e senhoras, amigos aqui presentes saúdo com alegria o nosso ilustre coordenador, presidente desta VII Conferência da Saúde de Santa Rosa que certamente vai permitir que todos aqui gestores e população possam dialogar para cuidar dos melhores caminhos da saúde de nossa gente.

O diálogo conforme a colocação do representante permite encontrar os melhores caminhos para promover a saúde da população. Mesmo que o diálogo seja estabelecido através das contraposições ele contém as possibilidades de superação da realidade concreta conforme pronunciou ainda o Representante do Executivo Municipal:

Saudar o Joel Faccin presidente da FUMSSAR e juntamente com o presidente do conselho Harry tem tido um diálogo extremamente árduo, feroz e competente como representante da prefeitura tem tido uma interligação muito grande com o conselho e com as instituições tais como hospital ABOSCO e VIDA E SAÚDE, não adianta precisamos um do outro para ser competentes no que fazemos.

A caracterização do diálogo nas práticas cotidianas da política pública interliga os diversos atores mesmo que seja estabelecido em posições contrárias entre governo, prestadores de serviços e representantes dos usuários, ele precisa ser firme e competente. Deste embate de posições decorre a categoria **participação**<sup>22</sup> que interliga os níveis hierárquicos de

---

<sup>21</sup> Diálogo é a expressão livre da minha preocupação com o outro, com os demais que leva a ação entre nós.

<sup>22</sup> Participação para efeitos deste texto é controle e gestão das ações de saúde.

representações em diversos momentos. Ela foi referenciada pelos atores desde o momento da abertura da VII Conferência Municipal através da fala dos representantes. Destacou-se a seguir as falas tanto do usuário e quanto do gestor Estadual a valorização da participação para a continuidade do sistema de saúde e no patamar de participação popular em que ela aconteceu como destacou o Representante dos Usuários:

O município de Santa Rosa tem optado por realizar as Conferências Municipais de Saúde a cada dois anos. As conferências são instâncias com a representação dos vários segmentos sociais, para avaliar e propor as diretrizes de formulação da política de saúde nas três esferas de governo: o Federal, o Estadual e o Municipal. É por meio das conferências que a sociedade tem a oportunidade de discutir e apontar problemas de saúde cruciais a serem resolvidos, bem como políticas a serem implementadas. As decisões das conferências devem orientar a gestão nas suas ações e servir como referência para elaboração dos planos de saúde. Apresentamos nossos cumprimentos e cumprimentos do Presidente da VII Conferência Municipal de Saúde.

Em outras palavras reafirma a expressiva **participação popular**<sup>23</sup>, o Representante do Executivo Estadual:

Santa Rosa está fazendo, sem favor nenhum, o maior evento da saúde, vocês podem achar que eu estou exagerando, podem achar que estão acostumados a eleger um representante no bairro e na vila, mas não existe nenhum município no Brasil, um fato que conheço com a representatividade que tem uma Conferência Municipal como tem em Santa Rosa, mais de 500 delegados eleitos, proporcionalmente o maior número a participar numa conferência em todo país, por isso esse evento tem uma responsabilidade enorme reforçar rumos e dar novas alternativas de saúde para Santa Rosa e continuar sendo um modelo de saúde pública para o Rio Grande do Sul e para o Brasil.

O modelo de saúde de Santa Rosa desencadeou ao longo dos anos a mobilização dos usuários. Observou-se que esta participação vem permitindo a

---

<sup>23</sup> Participação popular para efeitos deste texto é o grande número de representantes comparado ao número de habitantes.

continuidade do processo histórico da saúde mantendo-se os fóruns de expressão e reafirmando o controle social.

A seguir é citada a representação do Alto da Timbaúva porque se fez presente não somente através dos delegados, mas com pessoas da comunidade levando suas reivindicações escritas em cartazes, o representante do Executivo Municipal “[...] Nós temos uma representação importante do Alto da Timbaúva e de outros bairros, temos que decidir como gastar o dinheiro”.

Ainda sobre a participação outro representante ressalta o número de delegados que reuniu a VII Conferência Municipal e a importância para a democratização do SUS na mensagem do Representante da Secretaria de Estado:

Fico muito feliz em estar aqui num momento em que se discute a saúde pública do nosso município com o tema Desospitalização num SUS com 17 anos. Então o SUS que vem crescendo e a nossa responsabilidade de melhorar cada vez mais nosso sistema na nossa Santa Rosa, região e estado. Quando eu dizia que é muito importante para o Brasil esta conferência porque se reúne em Santa Rosa o maior número de delegados numa conferência municipal por número de habitantes no país é a única.

A participação possibilita a busca da melhoria da demanda dos serviços e a qualidade dos mesmos na política de saúde, confirma o depoimento do Representante do Executivo Municipal: “E dizer que é bom pra gente ouvir que Santa Rosa faz muitas coisas boas, é bom ouvir que nós sejamos o município, que melhor está fazendo, digamos em termos de oxigenação da participação das pessoas nas decisões políticas de Santa Rosa”.

A **democracia**<sup>24</sup> na dimensão que foi promulgada é um desafio que se impõe às novas gestões administrativas municipais para manutenção governabilidade na política social. Ela interfere decisivamente sobre as decisões políticas e nas ações dos atores envolvidos.

Sobre o desenvolvimento da democracia, Dagnino (2002, p. 333) considera um processo que na realidade encontra-se em exercício relaciona a um processo longo e em construção quando refere: “Na longa e inacabada

---

<sup>24</sup> Democracia participação da população nos processos de tomada de decisão política.

transição para democracia”. Esta ênfase da autora é oportuna, pois se reconhece o longo percurso ainda ser percorrido para que se efetive em todos os níveis a democracia. Ainda persistem na gestão pública tendências de ênfase na centralização administrativa e burocrática, em detrimento das instâncias democráticas e deliberativas. Diante do controle social, cada administração municipal se depara com certo mal estar geral e dificuldades para reprogramação de atividades com controle social principalmente em relação aos compromissos dos programas partidários assumidos nos palanques eleitorais. Além disto, a execução orçamentária fiscalizada tende a conduzir as demandas em uma direção de poder partilhado e questiona as suas ações. Estes embates são constantes na esfera municipal mobilizando lutas e disputas internas no Conselho Municipal de Saúde para o atendimento das demandas da política pública de saúde.

A Conferência Municipal possibilita o exercício da democratização isto é expresso pelo Representante da Câmara de Deputados Federal:

Fazer aqui o nosso registro, homenagear a Conferência, fazer exatamente aquele processo o processo democrático a partir da Constituição de 1988. Sistema Único de Saúde a partir de nós construímos o processo democrático nas conferências no Brasil, nós queremos que cada vez mais a sociedade seja cobradora, fiscalizadora, atuante e participante desse processo de democratização, universalizando o atendimento da saúde, ao conjunto de homens e mulheres do nosso país.

O exercício do processo democrático que a CMS viabilizou é fundamental para uma política social respaldada pela população e para a concretização do princípio da universalidade.

O **controle social**<sup>25</sup> decorrente do processo de cidadania possui na esfera pública os fóruns constitucionais (Conferência e Conselho Municipal), estes têm contribuído para a continuidade do SUS, a fala do Representante do Executivo do Estado ratificou: “Eu quero dar os parabéns aos amigos e as amigas. Graças ao controle social ao CMS e as conferências de dois em dois

---

<sup>25</sup> Controle social é o acompanhamento da política social através de representantes da população.

anos que Santa Rosa é o que é na área da saúde pública. O fato é que é graças a vocês que as políticas públicas em Santa Rosa tem continuidade” .

A gestão das políticas sociais frente ao controle social demonstrou que a descentralização e participação apresentaram limitações pela pluralidade de interesses representados em todos os níveis de hierarquização. O processo de consolidação operacional da política de saúde nacional e a democratização não têm garantido por si só novos avanços no sistema como um todo, pois existe a destinação de recursos a programas governamentais centralizados, com orçamentos específicos não alinhados as necessidades dos pequenos e médios municípios, como se podem verificar no decorrer da fala do Representante da Esfera Federal:

O Brasil Sorridente, que é outro programa de 5.965 novas equipe de saúde bucal aspecto integral. SAMU atendimento de primeiro socorros, 910 ambulâncias, 15 estados, 186 municípios, 160 milhões de pessoas. Beneficiadas. O acréscimo de pessoas nas UTIS em 2.260 leitos, 20% de aumento. Farmácia Popular, no país 39 funcionam, oportunizando remédios a um custo muito baixo ou gratuito a população. Construção, talvez concluída em Santa Rosa, no final do ano, uma vez a mão do governo federal, a custo repassado de R\$ 50.000,00.

Quanto ao **financiamento**<sup>26</sup> da política de saúde os municípios contam com um piso básico com poucos reajustes, e outros recursos financeiros são pré-determinados, em detrimento da sobrevivência dos municípios e das obrigações de folha de pagamento e outras rubricas necessárias para subsistência dos padrões de atendimento instalados, caracterizando neste ponto uma contradição no planejamento das ações das políticas sociais.

Os recursos alocados das esferas de governos também não têm conexão com os planos nos diversos níveis hierárquicos e, estes com as novas ações a serem implantadas nas consultas da população formando uma engrenagem desconexa. Isto remonta a novos espaços de lutas para a universalização e hierarquização das ações e recursos a nível nacional, estas dificuldades constam no depoimento do Gestor Municipal: “Quando nós assumimos. Nós, que somos governo, não somos Joel, somos gestores, quer

---

<sup>26</sup> Financiamento é o suporte econômico da política social nos diversos níveis.

dizer o município é o gestor dos recursos. Há um recurso do Ministério da Saúde, há um recurso que vem do Estado através da Secretaria, o município tem que por a sua parte”. (Representante Executivo Municipal).

Quanto ao poder de **deliberação**<sup>27</sup> do controle social emergiu como uma categoria essencial para garantir atendimento das demandas e melhorias das ações preventivas e conseqüentemente melhoria dos índices de saúde. Estes índices verificados no Boletim Epidemiológico<sup>28</sup> foram conquistados em Santa Rosa. Houve esta referência na fala do gestor municipal: “[...] conquistamos índices de saúde servindo de exemplo para todo o Estado. O que leva hoje a todos os prefeitos que sucederam a mim, ao prefeito que sucedeu ao Júlio e se reelegeu, de manter o programa funcionando e respeitar esta vontade da população”.

Essas relações de poder requerem vigilância constante, pois apesar de serem uma questão de interesse público e figurarem como objeto da lei, não significa que todos tenham rompido com a visão tradicional, impregnada de patrimonialismo, tutela, benemerência, assistencialismo, voluntarismo, filantropia entre outras visões que se reproduzem no embate das intervenções nos fóruns de participação dos usuários do SUS.

As instâncias de participação e controle social são necessárias para o condicionamento das demandas sociais, pois os atores sociais tanto no campo de decisões quanto na gerência das novas demandas tem seu papel estabelecido nas políticas sociais.

A seguir é reafirmado o poder de deliberação e expressão da vontade dos delegados na conferência municipal na saudação do gestor: “Saudar as senhoras e os senhores aqui presentes, os delegados, na verdade nós aqui vamos participar, o Harry vai coordenar, mas os delegados é que terão a palavra final na hora de levantar o crachá”. (Representante do Executivo Municipal).

A finalidade da criação dos conselhos de acompanhamento das políticas públicas foi de atribuir à sociedade a responsabilidade de acompanhar e verificar as ações governamentais na execução de suas políticas, tornando

---

<sup>27</sup> Deliberações são decisões da plenária do CMS ou da Conferência Municipal.

<sup>28</sup> O primeiro Boletim Epidemiológico foi distribuído para população durante a VII Conferência e encontra-se em Anexo C.



transparentes todos os seus atos e resultados. A representação dos delegados para votar e garantir os direitos dos cidadãos nas políticas públicas deve ser encarado segundo o autor diz "Se em nosso país, a conquista legal afirma o direito do cidadão, o princípio da responsabilidade também cria para o cidadão o dever ético de participar na tomada de decisões". (CIPEC, 2003, p. 49)

A **política de saúde**<sup>29</sup> outra uma categoria utilizada, mesmo que, com limitações no seu resultado privilegiou o espaço público, porque dotando a sociedade de mecanismos ágeis e atuantes com a representação de segmentos da comunidade e com a composição plural na participação dos sujeitos nas deliberações, ela instaurou um processo de diálogo entre os atores. Em todos os níveis promoveu a melhoria conforme descrito nos parágrafos descritos abaixo pelo Representante Executivo Municipal:

É bom ouvir que vamos ter um prêmio me disse ontem o Secretário e o Paulino confirmou que o município que melhores índices vêm tendo. Somos a microrregião que menores índices a mortalidade infantil está conseguindo na área da saúde, isso é um grande troféu, isso é um grande troféu através do qual a gente pudesse celebrar essas conquistas importantes a mercê de políticas públicas, de recursos que se investe para a qualidade da saúde do nosso pessoal.

Na seqüência desta mesma fala, o Representante do Executivo Municipal refere os bons índices de saúde com a competência dos trabalhadores:

[...] digamos nos postos de saúde, nossos médicos e enfermeiras, da competência dos nossos hospitais, digamos assim, é uma coisa importante para começo de conversa aqui na conferência para que a gente da colônia, gente da vila, gente do interior, gente da cidade, que possamos celebrar as coisas boas que temos tido.

Na avaliação da política municipal a valorização de programas de prevenção para a comunidade, na viabilização da saúde e o papel dos agentes

---

<sup>29</sup> Política Social ações de planejamento e execução para o atendimento das necessidades humanas.

comunitários de saúde, também foi lembrada pelo Representante da Esfera Federal:

Agora, desospitalização, ter programas com a comunidade, para que as pessoas como diz aqui: deixem à saúde entrar na sua casa. Parabenizamos a todos. E parabenizar por este trabalho e por vocês, Eu vejo aqui os Agentes de Saúde que é fundamental. Quero parabenizar, aqui eu vejo muitos agentes de saúde. Todos nos somos agentes de saúde, mas eu quero falar daquele que vão formalmente todos os dias baterem na casa de vocês, para visitar, deixar informações, dar orientação que nós precisamos.

A política de saúde municipal na interação com as demais regiões proporciona a mudança de regras e permite reavaliar o SUS a nível estadual e nacional, conforme exemplifica o depoimento do Representante da Esfera Estadual:

É com base neste trabalho, e aqui quando nós discutíamos o piso de atenção básica, foi nesse ambiente o Conselho Municipal de Santa Rosa, com a participação dos técnicos, que conseguimos mudar uma parte da legislação de aplicação de recursos no Brasil, que é o piso de atenção básica. Nós não vamos esquecer este momento porque saiu da discussão de técnicos da FUMSSAR que foi ouvido e aprovado pelo CMS e discutido na ASEDISA e aceito em Brasília as regras para mudar e melhor aplicar o piso de atenção básica no Brasil todo. (Representante da Esfera Estadual).

A experiência local nos moldes do SUS proporciona o espelhamento e a organização de outros municípios da região, isto é bem demarcado nesta fala do Representante do Estadual: “Também gostaria de dizer a vocês que é muito importante que essa Conferência tenha novas propostas, que Santa Rosa continue dando exemplo, iluminando o caminho das políticas públicas de saúde no Estado do Rio Grande do Sul”.

O caminho para inovar uma política municipal de saúde no texto dos trabalhadores, recoloca na esfera pública o componente essencial que é a parceria com os usuários na gestão do sistema. O SUS - Santa Rosa não rompeu com qualquer paradigma no que se refere à atenção à saúde, tendo apenas implantado uma concepção de política de saúde nos moldes

preconizados. Ela incorporou o novo referencial do modelo de gestão municipal buscando vencer as práticas tradicionais, implantou mudanças necessárias à execução da esfera pública isto foi sinalizado nos depoimentos extraídos na Conferência Municipal e trazidos neste texto.

O agrupamento de pautas a seguir introduz o pensamento dos usuários nas micro-conferências, preparatórias da Conferência Municipal. Nelas a participação dos usuários demonstra o conhecimento da realidade local, expressam as críticas, as expectativas e opiniões livremente.

### 3.2 O AGRUPAMENTO DE PAUTAS ORIGINÁRIAS DAS COMUNIDADES E AS INCURSÕES TEÓRICAS POSSÍVEIS

A manifestação dos usuários no primeiro item sobre no exemplo do Gráfico 01 - Saúde, Cidadania e Políticas Públicas que identifica uma reivindicação na pauta de construção de banheiro externo para pacientes. Este foi um assunto levantado por mais de três comunidades nas reuniões preparatórias. E assim, este e os demais enunciados apresentados sucessivamente formam unidades do estudo, relacionados pelo número maior de votos das comunidades, este conjunto de dados permitiu a categorização do agrupamento das pautas.

As categorias utilizadas foram as mesmas dos relatórios, portanto, as categorias estabelecidas a priori, pelo senso comum dos participantes da Comissão Organizadora da VII CMS (VII Conferência Municipal de Saúde). No segundo momento constituíram-se categorias emergentes em relação ao fenômeno pesquisado a ética dos atores.

Do contexto da palavra usuários foram retirados as categorias prévias indicadas nos documentos elaborados consensualmente pelos partícipes das micro-conferências e, na segunda etapa estão apresentadas as categorias emergentes do discurso dos usuários da política de saúde. Quanto aos trabalhadores e gestores a categorização foi registrada nos discursos e

palestras proferidas durante o evento da VII CMS transcritas posteriormente pois foram gravadas em vídeo.

O Relatório de Pautas Preliminares foi a participação genuína dos sujeitos, oferecida como gratuidade na busca do direito à palavra. A palavra, acima das obras e antes de ser interpretação, é interpelação, invocação, exige a pessoa, pede resposta e assim - no face a face – abre a dimensão da responsabilidade ao invés de simplesmente dar satisfação.

A teoria Levinasiana supõe que na relação eu - Outro que instaura a dimensão ética e faz a história: “A realidade – os seres – é isto. Mas a palavra ser tem uma forma verbal que deveria significar, em princípio, um fazer ou uma história” (2005, p. 268). A presença ética do ser que produz uma ação se concretiza na palavra e faz a história na sua materialização.

O aspecto da fala dos sujeitos como luta para adquirir o direito à saúde é questão que interpela o ser humano na prática da justiça, representados nos mecanismos de controle social da política de saúde local, no texto representou a palavra disposta em agrupamentos de pautas dos usuários a partir de suas comunidades. No gráfico estas opiniões foram pautas propostas:

**Gráfico 01 - Saúde, Cidadania e Políticas Públicas**



Fonte: Pautas aprovadas nas Micro-Conferências da VII Conferência Municipal de Santa Rosa. Agosto/2005.

Legenda:

- a - Colocação de um telefone de fácil acesso aos usuários que os mesmos entrem em contato com seus familiares
- b - Contratação de um segurança para proteger as pessoas durante o horário de atendimento do posto de saúde
- c - Banheiro externo para os pacientes

- d - Implantar lixeiras externas próximo aos Postos de Saúde.
- e - Melhores estradas de acesso aos Postos de Saúde do interior
- f - Formar uma comissão para passar durante a noite e tomar conhecimento do que acontece nos postos
- g - FUMSSAR disponibilizar veículos para buscar doadores de sangue, ou prestar atendimento.
- h - Construir calçamento em frente ao Posto de Saúde da Manchinha.
- l - Urnas de opinião pública nos Postos de Saúde
- j - Retirar pessoas embriagadas, que promovem desordem.
- k - Regularização das áreas dos postos de saúde
- l - Punir as pessoas que são atendidas e vem de outros municípios e mentem endereço
- m - Deixar banheiro aberto durante a noite
- n - Calçamento em frente ao posto de saúde
- o - Mais esclarecimento para população sobre serviços do SUS
- p - Terminar com o comércio de fichas no Posto

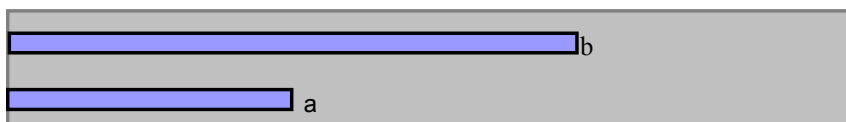
A cidadania na política de saúde nas falas dos usuários, mesmo expressa em linguagem simples pela comunidade trouxe a consciência da amplitude da promoção da saúde. A letra c, por exemplo, indica a indignidade do fato de não haver banheiro externo para pacientes, traz a alteridade objetivamente, pois houve a negação da dignidade do outro, uma imoralidade para outrem. Estas propostas foram divulgadas na imprensa e contra-se neste trabalho em Anexo (GAZETA REGIONAL, 28 set. 2005, p. 1). No seguimento houve a indicação de segurança, a necessidade de transporte e a colocação de urnas de opinião pública. Todas as propostas apresentaram preocupações com os demais e com a política de saúde, mais especificamente percebeu-se na letra l que indicou a necessidade de um meio de comunicação dos usuários com os postos de saúde. Esta é uma exigência do direito à palavra, do exercício da alteridade sem constrangimento. Na livre opinião, sem impedimentos, sem submissão a busca do espaço quer objetivar-se no cotidiano.

Estas interpelações éticas reportaram ao texto da Declaração Universal de Direitos Humanos no primeiro artigo que diz: “Todos os homens nascem livres e iguais em dignidade. São dotados de razão e consciência e devem agir em relação aos outros com espírito de fraternidade”, conforme a Declaração Universal de Direitos Humanos na Assembléia Geral das Nações. (PARIS, 10 out. 1948)

No embate nos grupos com demais delegados participantes, e na votação das propostas permaneceram no Relatório Final da VII CMS estes itens referidos acima foram uma avaliação conectada a realidade local.

Sobre o controle social uma categoria que foi destacada a priori nos relatórios preliminares e finais trouxe a opinião dos usuários condensada em dois itens, que estão destacados no gráfico que se segue:

**Gráfico 02 - Controle Social**



Fonte: Pautas aprovadas nas Micro-Conferências da VII Conferência Municipal de Santa Rosa. Agosto/2005.

Legenda:

- a - Palestras sobre Alcoolismo e Drogas nos Postos
- b - Ministras Cursos ou Palestras para funcionários dos Postos

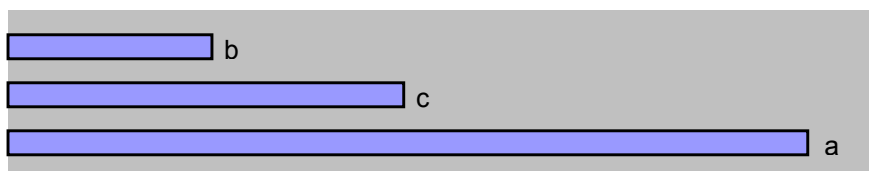
Nas ações relativas ao controle social, constatou-se a solicitação de palestras de combate ao álcool e as drogas para usuários e para funcionários palestras ou cursos de capacitação para o trabalho, estes temas são fragilidades pelos agravos no convívio familiar e na própria saúde, principalmente, na região de colonização alemã onde predomina o uso de bebidas alcoólicas nas festas populares. O alcoolismo e a drogadição atingem índices preocupantes com dimensões familiares ligadas à violência das condutas pessoais e perdas preocupantes no convívio comunitário. São agravos e riscos para a saúde que a comunidade pode combater. Isto ficou implícito na preocupação com pedido de palestras de prevenção e capacitação dos funcionários para o enfrentamento destes problemas.

No Relatório final da VII CMS a questão do controle social passa a ter outros componentes como à criação de Conselhos Gestores, continuidade de encontros periódicos entre a equipe de saúde do posto e a comunidade que exige relatórios financeiros mensais dos hospitais no CMS. A prática de aprovação do relatório financeiro mensal da FUMSSAR no CMS - Conselho Municipal de Saúde permite na mesma medida exigir que os hospitais

prestadores de serviços também disponham os relatórios financeiros para o controle social.

O Financiamento da Saúde com pautas demonstradas no Gráfico 03, traz principalmente a opinião dos usuários remetida à esfera Estatal.

**Gráfico 03 - Financiamento da Saúde**



Fonte: Pautas aprovadas nas Micro-Conferências da VII Conferência Municipal de Santa Rosa. Agosto/2005.

Legenda:

- a - Exigir o cumprimento da lei de aplicação da CPMF/RS
- b - Buscar mais recursos junto ao Estado e União
- c - Contribuição financeira de outros municípios atendidos aqui pelo SUS

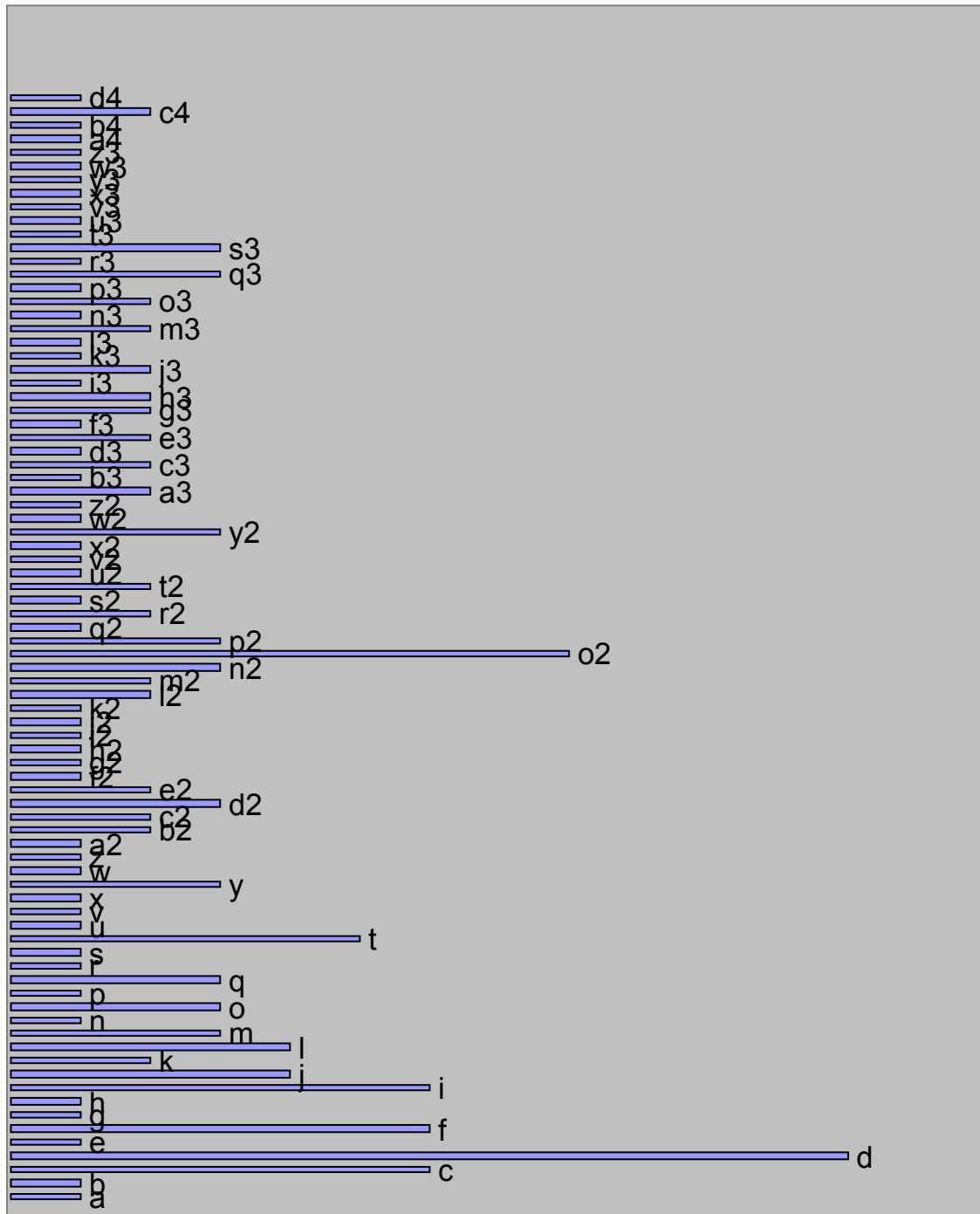
A comunidade de sujeitos expressa neste ponto a exigência da aplicação do depósito compulsório sobre operações financeiras no Estado, para gerar mais recursos para a manutenção financeira do sistema de saúde. Tanto na esfera Estadual quanto na esfera Federal o ressarcimento dos atendimentos prestados a outros municípios, não organizados quanto ao sistema de gestão municipal de saúde, recai no município de referência, causando conseqüente diminuição nos recursos para o atendimento dos próprios usuários.

Esta categoria de pautas é extensa na VII CMS ela desdobra-se inserindo a garantia de manutenção e investimentos para as Unidades Básicas de Saúde e a Garantia da Gestão Plena com incremento de recursos financeiros para expansão dos serviços aos usuários. Sob diversas formas o texto final, na discussão com todos os demais sujeitos reafirma, coletivamente, e, advoga a continuidade da política de saúde e os direitos sociais adquiridos na participação.

O Gráfico 04 - Gestão e Organização dos Serviços expõem proposições de sugestões que se referem às necessidades, melhorias e urgências, desde a

organização de serviços até a solicitação recursos humanos e categorias profissionais.

**Gráfico 04 - Gestão e Organização dos Serviços de Saúde**



Fonte: Pautas aprovadas nas Micro-Conferências da VII Conferência Municipal de Santa Rosa. Agosto/2005.

Legenda:



- a - Deixar fichas médicas disponíveis para moradores da Vila Santa Inês
- b - Contratar mais uma enfermeira para atende no posto
- c - Fazer a contratação de uma agente de saúde para o distrito
- d - Aumentar o numero de fichas diárias para consultas médicas
- e - Plantão noturno
- f - Ter atendimento de pediatra no posto
- g - Fazer ampliação da estrutura do posto
- h - Organização no agendamento de fichas
- i - Construir um abrigo no posto para usuários
- j - Mais agilidade no encaminhamento das cirurgias eletivas
- k - Agilizar o atendimento
- L - Carro de emergência para atendimentos
- m - Organizar as fichas
- n - Transformar o posto da Balneária em distrito sanitário
- o - Facilitar o recebimento de exames e agendamento de consultas
- p - Maior numero de exames
- q - Agenda um dia somente para entregar exames
- r - Agilizar e facilitar entrega de exames
- s - Atendimento dos médicos deve ser de no mínimo 20 fichas
- t - Melhorar o atendimento
- u - Mais auxiliar para o atendimento
- v - Estudante não precisar tirar ficha para dentista
- x - Fichas para dentista um dia para Vila Ibanês
- y - Reforma nas dependências do posto
- w - Médico uma vez por semana no Rincão dos Rocha
- z - Facilitar a marcação de cirurgia
- a2 - Criar sistema de marcação de fichas através do 0800
- b2 - Conclusão do Posto
- c2 - Agendar Dentista e Médico uma vez por semana
- d2 - Garantir fichas na vila uma vez por semana
- e2 - Mais rapidez nas cirurgias e consultas por especialistas
- f2 - Aumentar o tamanho da sala de espera
- g2 - Ceder fichas somente para familiares
- h2 - Agendamento de dentista para o Interior
- i2 - Aumentar o Posto de Saúde
- j2 - Designar mais pessoas para trabalhar na recepção
- k2 - Marcação de especialistas nos postos
- L2 - Contratar mais serviços especializados
- m2 - Reservar algumas fichas para outras comunidades
- n2 - Reservar algumas fichas para idosos
- o2 - Não tirar ficha para mostrar os exames
- p2 - Maior numero de fichas para dentista no interior
- q2 - Regionalizar as fichas
- r2 - Construção de Posto de Saúde
- s2 - Tirar ficha para mostrar exames
- t2 - Contratação de mais serviços eletivos mensais
- u2 - Construir posto avançado no interior
- v2 - Reservar dia para dentista
- x2 - Liberar Laqueaduras
- y2 - Maior número de visitas dos agentes de saúde
- w2 - Cadeiras de rodas no posto
- z2 - Mais nebulizadores
- a3 - Alterar o horário para tirar fichas
- b3 - Aceitar baixas as baixas dos médicos dos postos
- c3 - Rodízio dos funcionários nos Postos
- d3 - Organização no posto de saúde
- e3 - Garantir fichas odontológicas pelo menos uma vez por mês
- f3 - Troca do dentista doutor x o qual não cumpre horário e presta pouca qualidade no serviço
- g3 - Permanência do (a) médico (a)
- h3 - Cobertura para proteger as pessoas em dias de chuva
- i3 - Cumprimento do horário de trabalho por parte da equipe do Posto
- j3 - Construção de dois sub -postos
- k3 - Papel higiênico no posto
- L3 - Mais campanhas para doação de sangue
- m3 - Não acumular funções dos agentes de saúde
- n3 - Tratamento de canal e atendimento diariamente na Candeia Baixa
- o3 - Médico mais um dia por semana em Candeia Alta e Tarumã
- p3 - Médico permanente em candeia baixa
- q3 - Agilizar consultas
- r3 - Aumentar o horário de atendimento do Posto
- s3 - Autorização para os agentes medirem pressão e outros atendimentos
- t3 - Autonomia para gentes de saúde marcar consulta e fornecer medicamento no interior
- u3 - Marcar reconsulta com especialista depois de 3 meses
- v3 - Permanência da médica na linha Boa Vista
- x3 - Atendimento de dentista diariamente na linha Boa Vista

- y3 - Buscar enfermeira quando for necessário atendimento
- w3 - Aumentar o número de especialistas para diminuir a fila
- z3 - Mudar o sistema de retirar remédios na FUNSSAR
- a4 - Pediatra com mais frequência na Bomba D'água
- b4 - Reunião da equipe de saúde não deve durar a tarde toda, 1 hora por semana deve ser suficiente.
- c4 - Atualização no cartão SUS
- d4 - Colocar fotos nos cartões do SUS

O maior percentual de reivindicação foi o aumento de fichas para o atendimento médico, juntamente com o segundo item O2 explicita o fato do retorno na fila para nova consulta e mostrar exames. Este debate foi instaurado recentemente no sistema de saúde local, cuja polêmica e justificativa resultou uma Lei Municipal nº. 4.123, de 19 de dezembro de 2005, que dispõe sobre regras a serem implementadas na FUNSSAR relativas ao atendimento nos postos de saúde do município.

Porém, permaneceu o dispositivo que garante a cada comunidade a autonomia de organizar o seu sistema próprio de distribuição de fichas nas unidades de saúde de Santa Rosa. Portanto, a entrega de exames é considerada uma consulta e não reconsulta, pois, este debate constituiu uma defesa da qualidade dos serviços, em consequência disto, foi viabilizando maior facilidade para o acesso dos usuários.

As demais sugestões de gestão dos serviços alternaram entre a organização de serviços, infra-estrutura básica e contratação e demissão de pessoal, avaliação dos usuários sobre a prestação de serviços de alguns profissionais.

Esta prática que escuta as particularidades e interesses da população estimula a responsabilidade de pensar a saúde, privilegiando o sentido da responsabilidade ética e referenda a alteridade. Também, o princípio da democratização da saúde e permite neste movimento de recriação de alternativas para promoção da saúde, através da estratégia de conhecimento e controle para a promoção da saúde na esfera municipal.

Houve também uma antecipação da próxima categoria sobre recursos humanos com especificação de quantidades e tipos de atividades profissionais necessários tanto no interior quanto na sede do município, revelando a dinâmica da relação do trabalho que o campo da saúde traz. Acredita-se que não existe trabalho sem saúde assim como não existe saúde sem trabalho, não é um campo neutro, é uma relação com o outro e consigo em espaços de

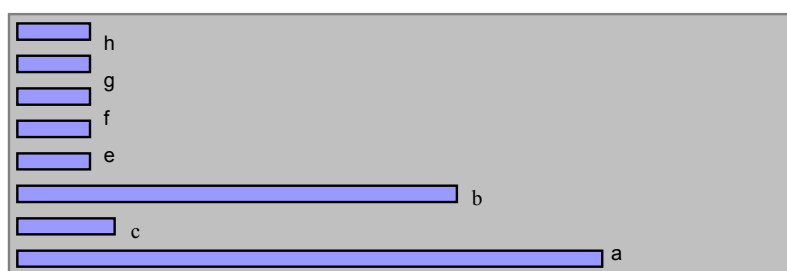
deliberações. Sobre a implicação deste espaço coletivo dos sujeitos BARROS; CARVALHO (2006, p.173) referenda: “No espaço onde os sujeitos deliberam - no lócus da atividade laboral – o processo de produção do trabalho vem a ser, também, o próprio processo de produção da saúde”. Os dois interagem no cotidiano dos sujeitos trabalhadores e beneficiários do campo da saúde.

Neste espaço, a gestão do trabalho não é uma prerrogativa dos administradores e ou gerentes, ele é um processo de colaboração, de confiança e solidariedade coletiva. No movimento entre nós, eu e o outro revelam, segundo os autores já citados no parágrafo anterior ocorre uma evocação: “a alteridade evocativa nas relações sociais de produção. Neste trabalho o trabalho ocupa lugar privilegiado na luta contra a doença e o patológico” (2006, p. 174). A palavra expressa no face a face antes de ser interpretação é interpelação, é uma invocação, exige da pessoa, pede resposta abrindo a dimensão da responsabilidade.

Na redação do Relatório Final da VII CMS, esta categoria especialmente a organização do sistema apresentou outras ingerências e subdivisões quanto a: atendimento hospitalar, postos de saúde, sistema de administração e apoio, sistema de referência e contra referência, qualificação dos profissionais na saúde.

A comunidade desta forma reforçou sua posição e interesse no desenvolvimento de estratégias para integrar os avanços na política de saúde municipal, oferecendo sua contribuição para a promoção da saúde em todos os níveis e para futuras ações. Reafirmou também a responsabilidade de infraestrutura para promoção da saúde e no plano coletivo a contribuição para a qualidade de vida no processo saúde – doença – cuidados.

**Gráfico 05 - Recursos Humanos para Saúde**



Fonte: Pautas aprovadas nas Micro-Conferências da VII Conferência Municipal de Santa Rosa. Agosto/2005.

Legenda:

- a - Substituir o médico na sua falta no dia
- b - Instruir agentes de saúde para serem mais eficientes
- c - Aumentar especialidades de alta e média complexidade
- d - Contratação de um médico clínica geral
- e - Contratação de um dentista
- f - Contratação de uma assistente social interior
- g - Substituir médica
- h - Desenvolver trabalhos de humanização

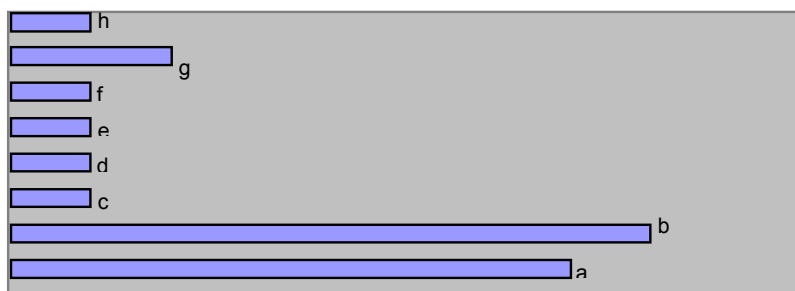
Os dados apresentados no Gráfico 05 refletiram a percepção dos usuários sobre os recursos humanos necessários no sistema de saúde local.

Nos enunciados acima descritos persistiu o embate da oferta dos serviços relacionado com as demandas, da eficiência dos profissionais e da eficácia de seus serviços para complementação da atenção à saúde para os usuários. As mudanças propostas foram relacionadas à prática e ao aperfeiçoamento tanto no sentido de valorização profissional (um exemplo claro seria a contratação de uma Assistente Social para área da saúde do interior, médico, dentista e substituições) quanto à capacitação dos agentes de saúde.

Esta perspectiva de partícipes da organização do processo de trabalho, trabalho elaborado coletivamente na saúde em conferências municipais, incorporou a possibilidade de participação direta no exercício do poder político e confirmou a participação popular como elemento essencial da democracia, aumentando o poder reivindicatório por seus direitos sociais.

A categoria Atenção Integral à Saúde a seguir visualizada no Gráfico 06 inclui, também, outros aspectos elementares do sistema de saúde de Santa Rosa que necessitam ser garantidos na promoção da saúde.

**Gráfico 06 - Atenção Integral à Saúde**



Fonte: Pautas aprovadas nas Micro-Conferências da VII Conferência Municipal de Santa Rosa. Agosto/2005.  
Legenda:

- a - Não deixar faltar medicamentos para cadastrados
- b - Aumentar o número de agentes de saúde (e substituir a agente que está de atestado a + ou - 4 anos)
- c - substituir gradativamente medicamentos industrializados por fitoterápicos
- d - Realização de visitas domiciliares por parte médica
- e - Garantir medicamento e quantidade para pessoas cadastradas
- f - Controlar a distribuição de medicamentos contínuos
- g - Aquisição de medicamentos genéricos pela FUMSSAR
- h - Consultas de emergência no Posto

Os dois pontos principais categorizados em torno da atenção básica são: garantia de medicamentos genéricos e aumento do número de agentes comunitários de saúde, remetem ao princípio da integralidade da atenção aos problemas de saúde e o equilíbrio entre necessidades de saúde e serviços.

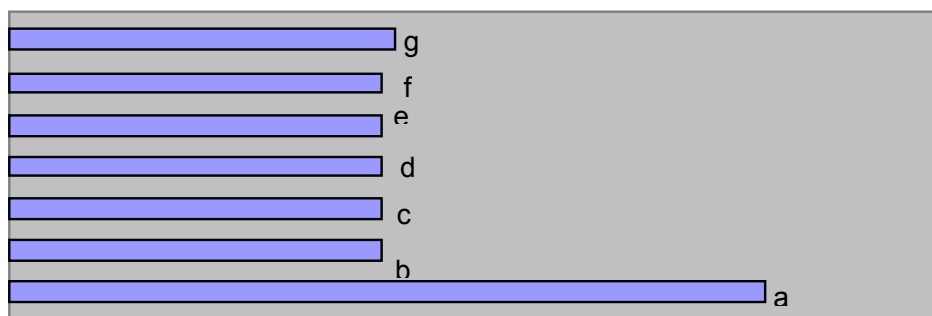
A visita domiciliar é citada para complementação da atenção médica e as consultas de emergência no próprio posto aparecem na busca da qualidade. Para Maria Cecília Minayo citada pelos autores do Diagnóstico de Saúde do Distrito Leste (2005, p. 73):

Considera-se qualidade de vida a partir dos parâmetros subjetivos e objetivos, cujos referenciais são a satisfação das necessidades básicas e das necessidades criadas pelo grau de desenvolvimento econômico e social de determinada sociedade.

No Relatório Final da VII Conferência os diversos atores subdividem esta categoria acrescentando a necessidade de uma política de medicamentos. O amadurecimento das discussões nos grupos durante a VII CMS, tornou mais complexas as pautas no sentido de buscar melhorias para a saúde não é só por uma questão de subsistência, mas de qualificação da existência e modo de vida. A participação dos sujeitos nas situações concretas tornou-se um compromisso ativo e responsável para com o outro, e, portanto, remete a dimensão social e dimensão existencial ética.

Na continuidade as políticas ligadas ao saneamento, meio ambiente e vigilância são complementares a atenção básica e estão dispostas no Gráfico 07 abaixo discriminado:

**Gráfico 07 - Políticas ligadas ao Saneamento, Meio Ambiente e Vigilância**



Fonte: Pautas aprovadas nas Micro-Conferências da VII Conferência Municipal de Santa Rosa. Agosto/2005.

Legenda:

- a - Água potável para toda comunidade
- b - Retomar campanhas de conscientização sobre o lixo
- c - Limpeza da sanga do Inácio
- d - Melhoramento quanto ao saneamento básico
- e - Recolhimento de lixo tóxico
- f - Mais ações de vigilância sanitária
- g - Melhoria na vigilância sanitária

Destacou-se o maior percentual na proposta de água potável para toda comunidade. Esta requisição estendeu-se dentro dos princípios constitucionais e acompanhou o conceito novo de saúde. Este novo conceito aponta para a interface entre a saúde e o ambiente, e deve iniciar um novo olhar para a sustentabilidade da vida no planeta a partir da saúde humana.

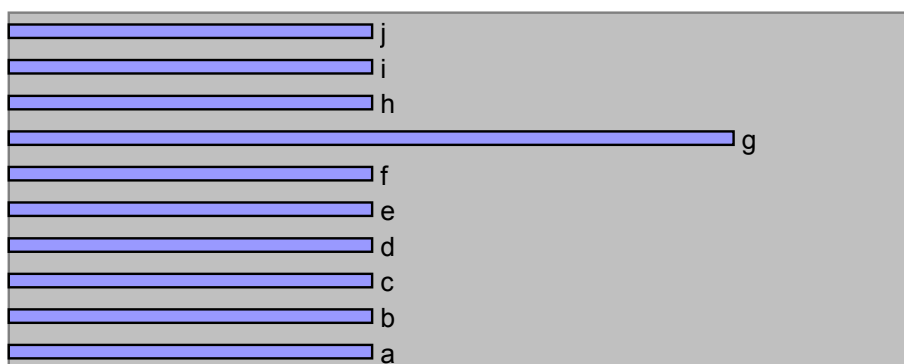
Em percentuais menores e em igual patamar os demais: limpeza da sanga do Inácio; melhoramento do saneamento básico; campanhas de conscientização sobre o lixo; recolhimento do lixo tóxico, mais ações e melhoria da vigilância sanitária. Foram estas ações possíveis que ao serem expressas demonstraram a compreensão da construção de práticas voltadas a defesas do meio ambiente são também ações de promoção da saúde em sentido amplo.

Tanto urbanização entendida como o crescimento da população vivendo nas cidades, quanto o aumento da população na zona rural em regiões de produção de alimentos produziu desafios importantes a serem enfrentados, pois têm impactos importantes na saúde humana. A falta de água potável foi a principal preocupação dos usuários, é um direito fundamental a ser garantido para todos.

A importância dos enunciados dos usuários na garantia dos direitos complementares a qualidade de vida e saúde expressaram uma política de saúde saudável e inclusiva porque é para todos. O pensar para o outro, é o direito do homem, e também é a expressão da alteridade de fato.

Na qualidade do sistema de saúde, as próximas categorizações foram relacionadas ações pontuais necessárias do cotidiano da saúde para investimento no sentido de qualificação dos serviços.

**Gráfico 08 - Qualidade no Sistema de Saúde**



Fonte: Pautas aprovadas nas Micro-Conferências da VII Conferência Municipal de Santa Rosa. Agosto/2005.

Legenda:

- a - Priorizar atendimento de idosos nos Postos
- b - Melhor atendimento de emergência para acamados
- c - Melhorar atendimento da agente de saúde
- d - Melhor atendimento da dentista
- e - Plantão atender qualquer idade (hospital reclama para prestar atendi meto)
- f - Atendimento restrito ao plantão
- g - Melhor atendimento no pronto socorro do H.V.S.;
- h - Igualdade no atendimento dos pacientes do SUS e particulares por parte dos Hospitais e prestadores de serviço
- i - Melhorar atendimento de alguns funcionários com curso de relações Humanas
- j - Fornecer informações corretas sobre medicamentos

Destacou-se no Gráfico 08, o percentual que referiu a melhoria do atendimento do Pronto Socorro de um hospital, o reconhecimento do serviço deficitário foi apontado, com certeza uma fragilidade do sistema como um todo a ser priorizado. Seguiram-se nas propostas a priorização da atenção para idosos e acamados; cursos de relações humanas para alguns funcionários e informações corretas sobre medicamentos.

A busca da qualidade dos serviços de saúde pelos usuários nestes termos foi identificada nas suas expectativas e preocupações, estas foram impregnadas de alteridade e revelaram sujeitos comprometidos com seu contexto de vida e seus valores. Da mesma forma a relação de direitos sociais acompanhou o sentido da alteridade, em complementação do sentido ético Lévinas (2005, p. 268) diz:

A essência formal dos direitos do homem, percebida a partir do lugar excepcional do homem no determinismo do real, dando abertura diretamente à vontade livre, recebe, assim, uma característica concreta e um conteúdo. Nem sempre é fácil, na defesa dos direitos do homem – e este é um problema importante, mas prático – estabelecer uma ordem de urgência para estes direitos sociais concretos.

As questões que os usuários trouxeram nos enunciados ordenados, embora com os limites que a concretização destes encontra no cotidiano do sistema de saúde, ao mesmo tempo, essas diversas abordagens expressam a consciência e o poder das comunidades na definição de estratégias e decisões prioritárias. Paulo Marchori Buss (2005, p. 27) citando a Carta de Ottawa (2005, p. 33) diz:

A carta de Ottawa enfatiza que as ações comunitárias serão efetivas se for garantida a participação popular na direção dos assuntos de saúde, bem como o acesso total e contínuo à informação e às oportunidades de aprendizagem nesta área – é o conceito de empowerment comunitário, ou seja, a aquisição de poder técnico e consciência política em prol da saúde.

Na conclusão deste capítulo, é possível afirmar-se que a promoção da saúde e as ações na tentativa de proteção do outro presente nas demandas apresentadas, manifestaram a ética da alteridade, tanto no pedido de construção de um abrigo para proteger as pessoas na chuva, quanto na água potável para toda comunidade. São estes pensamentos particularidades na política de saúde, tanto na forma de idéias objetivadas quanto nas críticas ou sugestões, que no espaço temporal do mundo do outro que indicaram a



alteridade. Seja na preocupação com a proteção da Sanga do Inácio ou no destino do lixo entre outras pautas, foi elevada a condição de situação dada para enunciação de fala. Esta dimensão do outro, da unidade do ser humano e da natureza permitiu a viabilização da construção da política pública em Santa Rosa.

### 3.4 A DIREÇÃO ÉTICO - POLÍTICO PROFISSIONAL DO E OS DESAFIOS PARA AMPLIAÇÃO DA ESFERA PÚBLICA

Os trabalhadores de saúde se fazem presentes compondo a Comissão Organizadora nas conferências municipais, apresentam os resultados obtidos nas suas ações profissionais e, nesta conferência, foram analisados os indicadores de saúde, através do primeiro Boletim Epidemiológico impresso para apreciação dos delegados. Também, habitualmente, participam de comissões específicas e reuniões ordinárias do Conselho Municipal de Saúde de Santa Rosa através da representação dos funcionários ou de categorias profissionais.

A produção teórica dos trabalhadores é utilizada nos eventos, sendo que ela construída no seu dia a dia profissional na interação com as demais profissões e, decorre da inserção nos mecanismos de controle e avaliação dos usuários. Estes sujeitos participam ativamente nas conferências, no conselho municipal de saúde através de representações de classe, nas equipes interdisciplinares e atuam na execução e no planejamento da política municipal de saúde. A participação no conselho como representantes de categorias de trabalhadores, é um meio para criar e desenvolver o sentimento de co-responsabilidade. É através do sentimento de pertencer segundo Kisinermann (1977, p. 15) que “o homem passa de uma passividade receptiva e alienante a uma atitude crítica que lhe permite, mediante o diálogo, aprofundar e interpretar os seus problemas” este processo manifestou-se nas falas dos sujeitos nas pautas desta tese.

A ética da alteridade surgiu como reflexão da responsabilidade dos trabalhadores frente aos desafios dos profissionais no sentido de contribuir

para garantia de direitos sociais, transformando os aportes herdados de uma ética individual para uma ética solidária. O agir ético dos sujeitos sociais necessita do exercício da liberdade de todos os atores, inclusive os profissionais, desde sua formação acadêmica até na sua vida profissional, para que a inserção na saúde tenha uma visão humanista e comunitária.

Os saberes em torno do fazer coletivo são construções complexas que desnudam as incertezas da prática social. A saúde operando no campo estritamente das fragilidades e vulnerabilidades humanas requer submeter-se ao crivo da cientificidade, além de encontrar os sentidos éticos de sua atenção para não perder a perspectiva de humano-social. Neste sentido houve um rigoroso processo de seleção no primeiro concurso público em 1996 na saúde em Santa Rosa, com vistas a selecionar profissionais para todas equipes de saúde houve a exigência teórica e de práticas no sentido da integralidade como ponto de partida para promoção da saúde em sentido ampliado.

Há um imperativo de análise para o tema de promoção e o da produção da saúde no sentido do estabelecimento de uma crítica e reorientação acerca da obtenção dos ganhos para o sistema porque segundo Cosme Ordones Carceller (1995, p. 21) é necessário analisar “o que se diz e o que se faz”. Destas escolhas éticas e políticas, no processo de trabalho dos profissionais decorrem a motivação e mobilização da sociedade civil e dos movimentos da produção social para novos ordenamentos sociais. Há uma relação implícita no cotidiano do profissional de saúde e esta implicação exige, também, um projeto ético-político para a garantia nos direitos sociais.

As indagações sobre a formação ético profissional na perspectiva da solidariedade e justiça beiram os discursos filosóficos contemporâneos e revigoram o sentido ético da alteridade.

A proposta desta abordagem sobre ética da alteridade nasceu na prática como trabalhador social em meio ao cotidiano de atuação como assistente social no setor saúde. A intervenção Serviço Social e dos demais profissionais de saúde media a ação dos sujeitos, entre o objetivo e o subjetivo, procurando o elo entre os acontecimentos do passado com o presente e os significados do que se participou e se construiu com as pessoas. Este projeto no Serviço

Social explicita-se nos princípios Código de Ética Profissional do Assistente Social o indicador da direção social da categoria profissional.

Assim, cabe ao Serviço Social articular-se com outros segmentos juntamente com os usuários para a defesa e aprofundamento do Sistema Único de Saúde, formulando estratégias para reforçar ou criar serviços que efetivem o direito social à saúde. O assistente social acredita na organização e na formação de grupos representativos dos sujeitos para alcançar a superação dos conflitos, a melhoria da organização comunitária local e no planejamento das políticas sociais.

Nesta direção encontra-se no pensamento de Maria Inês Bravo (2005, p. 43) explicitando a necessidade do compromisso profissional de todos com a defesa e aprofundamento do SUS, formulando estratégias que busquem reforçar e criar experiências propositivas de serviços de saúde efetivos e com qualidade. Para esta mesma autora o CEPAS - Código de Ética Profissional do Assistente Social possui as ferramentas fundantes para o trabalho dos Assistentes Sociais destaca os princípios:

Defesa intransigente dos direitos humanos e recusa do arbítrio e do autoritarismo; em favor da equidade e justiça, que assegure posicionamento e universalidade de acesso aos bens e serviços relativos aos programas e políticas sociais, bem como a gestão democrática; articulação com os movimentos de outras categorias profissionais que partilhem dos princípios deste código e com a luta geral dos trabalhadores; e no compromisso com a qualidade dos serviços prestados à população e com aprimoramento técnico, na perspectiva da competência profissional.

Observou-se igualmente que a construção de um projeto democrático não é exclusividade de uma categoria profissional, mas junto as demais forças democráticas em presença que partilham estes princípios. Isto poderá tornar possível o projeto de democratização da saúde. Um profissional comprometido em reforçar a vinculação entre ética e a política, concretamente, tanto na vida social como na vida profissional une e relaciona os cidadãos com o campo dos direitos humanos. A coerência entre a dimensão social e profissional referenda o engajamento cívico e, na afirmação da esfera pública, o posicionamento em favor da equidade e da justiça social.

A alteridade na relação dos sujeitos se manifesta pela consciência do papel de cada um na sociedade e no coletivo, através de múltiplas percepções da realidade se concretiza a possibilidade de promoção da saúde. Também, mesmo que estreitamente ligada ao campo da gestão, a perspectiva da intersetorialidade deve permear a atividade profissional significando, esta “uma estratégia de incentivo e aprimoramento tanto na oferta dos serviços como na formulação e gestão de políticas públicas” (COSTA; PONTES; ROCHA, 2006, p. 105) é um desafio para o SUS. O que caracteriza a intersetorialidade é a possibilidade de síntese de práticas, embora paradoxalmente ela seja muito complexa, e, não sendo este o foco deste debate, ela possui um potencial de articulação diante das situações concretas do fazer profissional.

O Conselho Nacional de Saúde (CNS) reconhece treze profissões imprescindíveis na área da saúde: assistentes sociais, biólogos, profissionais de educação física, enfermeiros, farmacêuticos, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, médicos, veterinários, nutricionistas, odontólogos, psicólogos e terapeutas ocupacionais, através da Resolução nº. 218, de 06 de Março de 1997, do Conselho Nacional de Saúde.

As classes isoladas não podem consubstanciar valores democráticos. Assim, urge a necessidade de incorporar os ganhos históricos resultantes da luta de segmentos democráticos, para viabilizar o acesso integral aos serviços, o direito à informação, a igualdade da assistência de saúde e a participação da comunidade, que são processos coletivos e educativos essenciais para consolidação do SUS.

O trabalho do Serviço Social em saúde pautou-se pelo reconhecimento do direito que têm os outros de participar, ou seja, ser - parte - de decidindo, assumindo com auto-responsabilidade não apenas uma autodeterminação em ações transformadoras pessoais na sociedade. Neste sentido, torna-se necessário o investimento em uma ação transformadora da realidade para construção de um novo projeto societário.

O conceito ampliado de saúde é um desafio sobre os diversos sentidos e dimensões da integralidade que não se pretende esgotar, mas trazer a preocupação constante dos trabalhadores de saúde nas reafirmadas nas colocações do autor:

Os trabalhadores hoje apresentam grande sofrimento ético dada à ruptura e dada a nossa herança, no Brasil, de um imaginário, em que o ethos, a costura do algo possível na ordem democrática está em questão. Portanto, esse sofrimento ético atravessa a possibilidade de desejo de construção do novo. Mas o novo resiste ao tempo todo. Mesmo assim somos testemunhas das pulsões criativas. Sujeitos tentando fazer laços, construindo redes. E é isso a saúde no trabalho a força da vida. (BARROS; CARVALHO, 2006, p. 185).

Ao reconhecer o usuário como o outro, e interlocutor dos direitos coletivos, os trabalhadores segundo Natálio Kisnnerman (2003, p. 5) refletem a questão do compromisso das profissões com as relações sócio-culturais e os valores para construção de relações humanas satisfatórias, de igualdade na diversidade e na desigualdade, aceitando e integrando as diferenças na participação comunitária, são os valores que cobram a consciência conforme reforça:

Os valores cobram sentido em função do compromisso que assumimos na ação de verdadeiro respeito por tudo o que faz a convivência humana. Por isso, mais do que perguntar pelo bem há que construir e reconstruir relações satisfatórias com e entre as pessoas, nas que aceitam as diferenças, abandonando os discursos absolutistas, onipotentes, os rótulos que como estigma deposita em quem não é como nós.

Pensar e atuar na questão social requer compromisso com os sujeitos a fim de que se possa desvendar a plenitude dos sentidos e o domínio substantivo do campo de conhecimento subjetivo da ética expressa nos atos de fala dos sujeitos coletivos de modo a particularizar neste campo, a totalidade social.

A concepção de pessoa e indivíduo adquire dimensões sociais mais efetivas mediante a noção de sujeitos sociais que contempla todos os atores e o cenário em que estes se inscrevem. Na visão crítica os sujeitos sociais são aqueles direcionados à práxis. A esta forma de pensar deslocam as concepções de indivíduo e pessoa, para sujeitos partícipes no cerne das problemáticas causadas pela sociedade capitalista.

A ética, nesse ponto, funda-se na produção econômica da sociedade, na medida em que ao não estabelecer as mediações entre o econômico e a moral,

entre política e prática profissional aponta à necessidade de uma nova ética que reflita o coletivo, restabeleça valores e leis universais, acima dos interesses de classe.

A saúde é o campo que de forma imediata e necessariamente une a teoria e a prática no sentido de buscar a relação dos sujeitos sociais com a totalidade e realizar, na fecunda visão atual da saúde coletiva, a democracia participativa.

## CONCLUSÃO

A incorporação na Constituição de 1988, dos dispositivos de controle social e o reconhecimento dos direitos individuais, políticos e sociais fundamentais à cidadania mereceram destaque, pois foram elementos centrais para obtenção de conquistas da sociedade e de suas reivindicações, através das entidades de representação.

Os precedentes de deteriorização das condições de vida apontados e evidenciados nos indicadores de saúde no Brasil, num sistema de saúde operando com recursos públicos atendendo aos interesses do capital, com as diretrizes de centralização e privatização do Estado, sob regime autoritário até a metade do século XX, a iniquidade e a irracionalidade no tipo de desenvolvimento social subsidiaram o ressurgimento do movimento social, da reforma sanitária e o desafio da construção de um projeto nacional com uma proposta alternativa e com uma nova concepção de saúde.

Nesse contexto, o Sistema Único de Saúde surgiu como uma proposta de democratização, reorganização da atenção básica e sob controle social, uma alternativa tecnicamente adequada à realidade brasileira e socialmente justa. O SUS trouxe acepção de saúde como direito de cidadania, trazendo a descentralização e a hierarquização como uma via de desenvolvimento da justiça social. E, mesmo sob contradições internas e externas, existem expressivos e bem sucedidos sistemas municipais de gestão, destacou-se o município de Santa Rosa como um caso entre outros, devido às peculiaridades que apresentou no Estado do Rio Grande do Sul.

A partir dos pressupostos jurídicos institucionais de constituição de uma Política Pública no Brasil, observou-se que em Santa Rosa a saúde foi constituída como uma política pública solidificada através da rede de serviços de atendimento básico e tanto instituições governamentais quanto não governamentais. A gestão partilhada foi solidificada e continua formando parceria entre o poder público e a sociedade civil através do Conselho Municipal da Saúde.

No fortalecimento dos fóruns de controle social verificou-se o acontecimento ético dos sujeitos participativos sejam usuários do sistema de

saúde, trabalhadores, prestadores de serviço ou gestores de saúde. A descoberta da alteridade é um crivo essencial, pois ela cria um fio condutor invisível para a relação universal, sendo ela a responsabilidade com o outro se materializando na vida comunitária.

A construção do entre nós no caso específico da VII Conferência Municipal foi e continua uma ação com liberdade e reconhecimento como membro de um todo, é uma lógica além da razão, uma forma de resistência. Neste sentido, querendo registrar a importância deste espaço e do posicionamento crítico e atento voltado para a esfera municipal, foi pertinente demonstrar o que a população de Santa Rosa promoveu ao fazer-se ouvir e ao participar efetivamente.

Os efeitos desse posicionamento permitiram o acompanhamento da execução das políticas sociais e dos direitos de cidadania. Neste sentido, declara-se a ética da alteridade na forma também de resistência e contradição ao que está posto, foi um elemento conseqüente à manutenção dos patamares das conquistas e melhorias na qualidade dos serviços.

Na matéria bruta da pesquisa documental se delinearão as pré-categorias nas proposições práticas dos sujeitos que se materializam no relatório de pautas, nos debates nas comunidades, nos grupos na conferência municipal e na votação da plenária final. Nisto foi possível visualizar o sentido da ética do outro para o outro; na alteridade ética que exigiu interpelação na realidade do outro, na vida cotidiana, nas necessidades sociais e nas políticas sociais para garantia dos direitos. Este movimento que ocorreu e continua na história de Santa Rosa configurou-se como um exemplo de partilha do poder, do saber dos trabalhadores de saúde, dos prestadores de serviços, dos gestores e usuários com a responsabilidade da democratização das relações na discussão com os demais para o planejamento e a execução das demandas na política de saúde local. Desta tal forma, para a continuidade do funcionamento do Sistema Único de Saúde de Santa Rosa nos moldes idealizados, mesmo atravessando as mudanças políticas administrativas municipais, constatou-se o necessário esforço de todos os sujeitos participativos e conscientes para processo de evolução permanente.

O compromisso dos trabalhadores de saúde, na manutenção dos conselhos, das conferências, de todos os espaços de garantia de direitos, dos



interesses e necessidades dos diferentes segmentos está muito além de uma ação individualizada, ela aponta a ação coletiva. A implicação necessária, junto com os demais profissionais, com os usuários, com gestores e prestadores de serviço é a condição para a ampliação da democracia na política de saúde e da alteridade ética na esfera pública.

Neste compromisso e responsabilidade inseriu-se: assistentes sociais, médicos, odontólogos, enfermeiras, nutricionistas, psicólogos e todos demais profissionais que integraram o Programa de Saúde da Família no setor saúde, que conscientemente participaram e ainda compõem as suas representações. São essas participações de sujeitos, sem omissões, que promovem a solidariedade e a cooperação técnica muito além dos protocolos de conduta, realizando o entre nós, a alteridade.

Na perspectiva conclusiva existem as descobertas do percurso, representando uma curva uma tanto arriscada, que vai da razão do ser-para-outro de Lévinas para ação no sair de si realizando o entre nós. Neste caminho vários atores sociais foram envolvidos, eles foram os sujeitos partícipes da responsabilidade de concretizar a cidadania. Na busca da ética dos sujeitos na linguagem expressa e na subjetividade das manifestações das falas, nos fóruns de participação, discussões e consensos vislumbrou-se o acontecer prévio do sonho da ética da cidadania.

A questão ética no setor saúde sempre foi vista como um processo que diz respeito à atividade profissional relacionada a deveres e padrões de comportamento moral e auto regulação haja visto os ditames dos próprios códigos de ética profissionais. Mas, no aspecto da ética da alteridade no campo da saúde há a possibilidade de a partir da posição dos sujeitos e de sua relação com o outro, transcender o mero cumprimento de preceitos de moralidade. A Ética como uma atividade de reflexão, não prescritiva envolve o exercício da atividade crítica, interpela o diálogo e o consenso na dimensão da ação dos seres humanos. A dimensão da alteridade ética que se inscreve no face a face com o outro, no embate dos sujeitos – outros eles fazem à diferença na transformação da realidade.

O cultivo da ética da alteridade na política de saúde requer a busca de caminhos para efetivação da política pública de saúde, enfrentando para isto o cultivo da democratização na sociedade civil e no Estado, através da

superação das desigualdades sociais na tentativa de colaborar no equacionamento da questão social, tarefa atribuída aos assistentes sociais na direção ético - político profissional. Igualmente o fortalecimento dos espaços de participação social como conselhos, conferências e fóruns em todos os níveis de ação com a partilha do poder e com a democratização das relações são imprescindíveis no cotidiano profissional.

A participação e a responsabilidade de mudar a realidade frente aos enigmas da saúde que é um fator vital revela-se no eu - para - o outro. O acontecimento ético é relacional, *eis prós ti* termo grego que designa um para o outro: uma relação que une a essência e luta pela vida na vizinhança do ser. Esta relação conduz o ser ético esta ligação impalpável é capaz de ordenar a vida social.

Os sujeitos em sua relação com a saúde do outro condicionam, enquanto ação e possibilidade de participação, a autoconsciência e a responsabilidade na esfera pública, mesmo nas adversidades, acionam os mecanismos para efetivação da justiça social.

## REFERÊNCIAS

- AROUCA, Antonio S.S. **O dilema preventivista**. Tese de conclusão de Doutorado. Campinas: Universidade Federal de Campinas, 1976.
- BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. Lisboa: Persona, 1997.
- BARROS, Elizabeth; CARVALHO, Ricardo. **Desafios Contemporâneos e Promoção da Saúde: Trabalhadores da Saúde**. In: CASTRO Adriana et MALO, Miguel. SUS ressignificando a promoção de saúde. São Paulo: OPAS-HUCITEC, 2006, p. 171 – 176.
- CARCELLER, Cosme Ordóñez. **La salud pública em Cuba**. Experiências de un trabajador de la salud. Palácio de lãs Convenciones, Havana: Cuba, 1995.
- BELTRAME, Alberto (Org.) *et al.* **Plano Municipal de Saúde de Santa Rosa**. Santa Rosa: Secretaria Municipal de Saúde e Meio Ambiente, 1993.
- BENVEGNÚ, Luis Antônio *et al.* **Prêmio Inovação Gerencial**. <<http://www.funssar.com.br/>>. Acesso em: 20 fev. 2005.
- BRASIL. **Anais da VIII Conferência Nacional de Saúde**. Relatório Final. Ministério da Saúde. Brasília: Secretaria Geral, 1986.
- \_\_\_\_\_. **Controle Social, Financiamento e Democracia**. Centro Interdisciplinar de Pesquisa e Consultoria em Políticas Públicas. Curitiba: CIPEC, 2003.
- \_\_\_\_\_. **Constituição da República Federativa do Brasil**. São Paulo: Saraiva, 2003.
- \_\_\_\_\_. **Guia de Referência para o Controle Social**. Ministério da Saúde, 1994.
- \_\_\_\_\_. **Resolução nº. 218 de 06 de março de 1997**. Ministério da Saúde: CNS.

\_\_\_\_\_. **Resolução nº. 218 de 06 de março de 1995.** Ministério da Saúde:  
CNS

\_\_\_\_\_. **Lei Federal nº. 8080/90.** Presidência da República. Casa Civil.  
Subchefia para Assuntos Jurídicos. Disponível em:  
<[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Leis/L8080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8080.htm)>. Acesso em: 15 de Fev.  
2005.

\_\_\_\_\_. **Lei Federal nº. 8142/90.** Presidência da República. Casa Civil.  
Subchefia para Assuntos Jurídicos. Disponível em:  
<[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Leis/L8142.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8142.htm)>. Acesso em: 15 de Abr.  
2006.

\_\_\_\_\_. **Lei Municipal nº. 2.452 de 21 de agosto de 1992 .** Prefeitura  
Municipal de Santa Rosa: Rio Grande do Sul.

\_\_\_\_\_. **Lei Municipal nº. 2.688 de 18 de março de 1994.** Prefeitura  
Municipal de Santa Rosa: Rio Grande do Sul.

BRAVO, M.I.S.; MATOS, M.C. **Saúde e Serviço Social.** São Paulo: Cortez,  
2005.

BUSS, Paulo Marchiori. **Uma introdução ao conceito de Promoção de  
Saúde.** In: CZERESNIA, Dina; FREITAS, Machado Carlos (Orgs). Promoção  
de Saúde Conceitos, Reflexões, Tendências. Rio de Janeiro: FIOCRZ, 2006.

CASTRO, Adriana et MALO, Miguel. **SUS ressignificando a promoção de  
saúde.** São Paulo: OPAS-HUCITEC. p.13 -14,2006.

CARVALHO, Antônio Ivo. **Conselhos de Saúde no Brasil: Participação  
Cidadã.** Rio de Janeiro: FASE/IBAM, 1995.

CHAUÍ, Marilena. **Convite à Filosofia.** São Paulo: Ática, 1995.

COSTA, Ana Maria; PONTES, Anna Claudia Romano; ROCHA, Dais  
Gonçalves. **Intersetorialidade na Produção e Promoção da Saúde.** In:  
CASTRO, Adriana; MALO, Miguel. SUS ressignificando a promoção da  
saúde. São Paulo:HUCITEC/OPAS, 2006, p. 97- 115.

COSTA, Nilson do Rosário. **Políticas Públicas, direitos e interesses: Reforma Sanitária e Organização Sindical no Brasil.** Saúde em Debate. Londrina: CEBES, nº. 23 – 29 e 45, 1994.

CZERESINA, Dina; FREITAS, Carlos Machado (Orgs.). **Promoção de Saúde. Conceitos, reflexões, tendências.** Rio de Janeiro: ABDR/FIOCRUZ, 2005.

DAGNINO, Evelina (Org). **Sociedade Civil e Espaços Públicos no Brasil.** São Paulo: Paz e Terra, 2002.

FLEURY, Sônia *et al.* **Novos Paradigmas para saúde: SUS Reforma Sanitária, Recursos Humanos.** Saúde em Debate. Londrina: CEBES nº. 48, 1995.

FREITAS, Carlos Machado de *et al.* **Promoção de Saúde: conceitos, reflexões, tendências.** 20ª. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005.

KISNNERAMN, Natálio. **Ética um discurso ou uma Prática.** São Paulo: Cortez, 2003.

\_\_\_\_\_. **Serviço Social de Grupo.** Petrópolis: Vozes, 1977.

\_\_\_\_\_.(org) **A navegação e a fisionomia do naufrágio.** O espaço moral das profissões sociais. Tradução Nossa. México: 2003, p. 5.

LÉVINAS, Emanuel. **Entre nós: Ensaio sobre a alteridade.** 2ª. ed. Petrópolis: Vozes, 2005.

MENDES, Eugênio Vilaça. **O processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde.** Distrito Sanitário. São Paulo; Rio de Janeiro: HUCITEC/ABRASCO, 1993.

\_\_\_\_\_. **Saúde e Qualidade de Vida: Espaço para a Saúde.** Curitiba: UNESCO, nº. 4, 1995, p.19 -22.

MINAYO, Maria Cecília. **Uma experiência na pesquisa coletiva: introdução à análise de conteúdo.** Citado por GRILLO, Marlene C. (Org.). In: A construção

do conhecimento e suas mediações metodológicas. Porto Alegre: EDIPUCRS, 1998, p.111-130.

MARTINS, Gilberto de Andrade. **Estudo de Caso**. Uma estratégia de Pesquisa. São Paulo: Atlas, 2006.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **Pesquisa Qualitativa e Saúde**. São Paulo: HUCITEC, 1994.

\_\_\_\_\_. **O Desafio do Conhecimento**. Rio de Janeiro: ABRASCO, 1994.

MORAES, Roque. **Análise de Conteúdo**. Ano XXII. Porto Alegre: Educação/PUCRS, mar.1999, p. 7–32.

MORETTO, Alexandre (Org) *et al.* **Diagnóstico de Saúde do Distrito Leste de Porto Alegre**. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2005.

OLIVEIRA, Manfredo A. de. **Correntes Fundamentais da ética Contemporânea**. Petrópolis: Vozes, 2000.

PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTA ROSA. **Diagnóstico de la Situacion de Salud Municipio Santa Rosa**. CARCELLER, Cosme (Org.) Equipo de Trabajo Cubano. Maio, 1996.

RIVERA, F. Javier Uribe (org.) TESTA, Mario; MATUS; Carlos. **Planejamento e Programação em Saúde um Enfoque Estratégico**. Tradução ARTMANN, Elizabeth. São Paulo: Cortez, 1989.

CARVALHO, Guido Ivan de. **Poder Público na área da Saúde**. In: SAÚDE EM DEBATE. Revista do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde. nº. 35. Brasília: CEBES, 1992, p.11 - 14.

SCHALLENBERGER Erneldo; HARTMANN, Hélio Roque. **Nova terra novos rumos**. Santa Rosa: Barcelos, 1981.

SOUZA, Ricardo Timm de Souza. **Responsabilidade Social**. Uma introdução à ética Política para o Brasil do Século XXI. Porto Alegre: R.T.S., 2003.

\_\_\_\_\_ (Org) *et al.* **Éticas em Diálogo**: Lévinas e o pensamento contemporâneo( questões e interfaces). Porto Alegre: EDIPUCRS, 2003.

SPOSATI, A.; LOBO. **Controle Social e políticas de saúde**. In: Cadernos do CEAS, n.139, p. 64 - 80 LOUREIRO, Sebastião. CEBES, p. 30 - 31, 1992.

VASCONCELOS, Ana Maria. **A prática do Serviço Social**: Cotidiano, formação e alternativas na área da Saúde. São Paulo: Cortez, 2003.

**BIBLIOGRAFIA CONSULTADA**

AGUINSKY, Beatriz G. **Eticidades discursivas do Serviço Social no Campo Jurídico: Gestos da leitura do cotidiano no claro-escuro da legalidade moral**. Tese de conclusão de Doutorado. Porto Alegre: PUCRS, 2003.

\_\_\_\_\_. **O lugar e as Possibilidades do Projeto Ético-Político do Serviço Social no Campo Jurídico**. Disponível em:  
<<http://www.pucrs.br/textos/edição/fundamentos4//>>. Acesso em: 20 fev. 2005.

ARAGÃO, Lúcia Maria de Carvalho. **Razão Comunicativa e Teoria Social Crítica em Jürgen Habermas**. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1992.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS. **NBR 10520**. Rio de Janeiro: ABNT, 2002.

\_\_\_\_\_. **NBR 6028**. Rio de Janeiro: ABNT, 2002.

BARROCO, Maria Lucia Silva. **Ética e Serviço Social: Fundamentos Ontológicos**. São Paulo: Cortez, 2003.

BERLINGER, Giovanni. **Medicina e Política**. São Paulo, Hucitec, 1987.

BOBBIO, Norberto. **A Era dos Direitos**. Rio de Janeiro: Campus, 1992.

\_\_\_\_\_. **Igualdade e Liberdade**. Rio de Janeiro: Ediouro, 1996.

BONETTI, Dilséia A. *et al.* **Serviço Social e Ética: Convite a uma nova prática**. São Paulo: Cortez, 1996.

CESAR, André *et al.* Planejamento e Políticas Públicas. Ministério da Economia, Fazenda e Planejamento Médiçi. **Revista Semestral do IPEA**. Médiçi nº. 5, Brasília: IPEA, 1991.

CZERESNIA, Dina; FREITAS, Carlos Machado. **Promoção de Saúde**. Conceitos, reflexões, tendências. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005.



DUSSEL, Enrique. **Ética Comunitária: Liberta o pobre!** Petrópolis: Vozes, 1986.

FLEURY, Sônia *et al.* **Saúde Coletiva? Questionando a onipotência Social.** Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1992.

FOUCAULT, Michel. **Vigiar e punir.** 29ª. ed. Petrópolis: Vozes, 2004.

GALLO, Zeli MC. **Conselhos de Saúde: O grupo a democracia e o saber.** Dissertação de Mestrado. Porto Alegre: PUCRS, 1996.

\_\_\_\_\_. **O Código de Ética do Assistente Social Comentado.** Frederico Westphalen: URI, 2003.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social.** São Paulo: Atlas, 1987.

GRAMSCI, Antonio. **Os Intelectuais e a Organização da Cultura.** Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1991.

HABERMAS, Jürgen. **O Discurso Filosófico da Modernidade.** Lisboa: Publicações Dom Quixote, 1990.

IAMAMOTO, Marilda. **O Serviço Social na Contemporaneidade: Trabalho e Formação profissional.** São Paulo: Cortez, 2003.

KRAYME, Marcos. **Discutindo Ideologia, Filosofia e Ética.** Pelotas: EDUCAT, 2000.

LEAL, Maria do Carmo (Org) *et al.* **A ética do Desenvolvimento e as Relações com Saúde e Ambiente.** Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1992.

LÉVINAS, Emanuel. **De outro modo que ser ou *mais allá de la essência.*** Traduzido para Espanhol por RAMOS, Antonio Pintor. Salamanca / Espanha: Sígueme, 1999.

A, Cirne. **Dialética para principiantes.** Petrópolis: Vozes, 2003.

LOPES, José Rogério. **Da concepção de sujeito aos modos de subjetivação: Noções e Historicidade.** In: Revista Serviço Social e Sociedade. São Paulo: Cortez nº. 51, Ano XVI, 1996.

LOWY, Michael. **Método Dialético e Teoria Política.** Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1978.

MARTINELLI, Maria Lúcia. **O Serviço Social na conjuntura Brasileira: Demandas e Respostas.** In: Revista Serviço Social e Sociedade. São Paulo: Cortez nº. 44, 1994.

\_\_\_\_\_. (Org.) **Pesquisa qualitativa: Um instigante desafio.** São Paulo: Veras, 1999.

\_\_\_\_\_. **O uno e o múltiplo entre as áreas do Saber.** In: Revista Serviço Social e Sociedade. São Paulo: Cortez, 1995.

MERTY, Emerson Elias. **A Saúde Pública como Política: Um Estudo de Formuladores de Políticas.** São Paulo: HUCITEC, 1992.

MORETTO, Alexandre (Org.) *et al.* **Diagnóstico de Saúde do Distrito Leste.** Porto Alegre: EDIPUC.

NUNES, Everaldo Duarte (org). **Pensamento Social Em Saúde na América Latina.** In: GARCIA, Juan, César. v. 5. São Paulo: Cortez, 1989.

PIZZI, Jovino; KAMMER, Marcos (Org.) **Ética, Economia e Liberalismo.** Pelotas: EDUCAT, 1998.

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO GRANDE DO SUL.  
**Trabalhos Técnicos, Dissertações, Teses.** Disponível em:  
<<http://www.pucrs.br/biblioteca>>. Acesso em: 2005; 2006; 2007.

RAICHELIS, R. *et* VANDERLEY, L.E.W. **Desafios de uma gestão pública democrática na integração regional.** In: Serviço Social e Sociedade. Ano XXV, nº. 78. São Paulo: Cortez, 2004.

REVISTA DA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE PELOTAS. **Aspectos Históricos e Dinâmicos do Controle Social Institucionalização do**

**Conselho Municipal da Saúde de Pelotas.** Artigo Científico. Pelotas: EDUCAT, 1995.

REVISTA TEMAS SOCIAIS EM EXPRESSÃO. **No cotidiano do Assistente Social Trabalhador de Saúde, a legitimação do projeto ético-político profissional.** Artigo Científico. Ano I. Frederico Westphalen: URI, 2002.

REVISTA DO CENTRO BRASILEIRO DE ESTUDOS DE SAÚDE. LOUREIRO, Sebastião. **Ética e Epidemiologia: reflexão para uma prática social.** In: Saúde em Debate. nº. 36. Brasília: CEBES, 1992, p. 30 - 36.

\_\_\_\_\_. TEIXEIRA, Fontes. **Municipalização da Saúde: os caminhos do Labirinto.** In: Saúde em Debate. nº. 33. Londrina: CEBES, 1991, p. 28 – 32.

\_\_\_\_\_. **Relatório do Seminário Para onde vai a saúde no Brasil?** In: Saúde em Debate. nº. 48. 24 e 25 de Maio de 1995. Câmara dos Deputados. Londrina: CEBES, 1995, p. 5 – 19.

\_\_\_\_\_. **Revista do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde.** nº. 35. Brasília: CEBES, 1992.

\_\_\_\_\_. **Revista do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde.** nº. 45. Brasília: CEBES, 1994.

\_\_\_\_\_. **Revista do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde.** nº. 44. Londrina: CEBES, 1994.

\_\_\_\_\_. **Revista do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde.** nº. 31. Londrina: CEBES, 1991.

SEN, Amartya. **Desenvolvimento como liberdade.** São Paulo: Companhia das Letras, 1999.

SIEBENEICHER, Flávio Bueno. **Razão Comunicativa e Emancipação.** Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1994.

SIMIONATO, Ivete; NOGUEIRA, Vera Maria R. (Org.) **Dilemas do Mercosul: Reforma do Estado, Direito à Saúde e Perspectivas da Agenda Social.** Florianópolis: Lagoa, 2004.

SILVA, Josué C; SUNG J. Mo. **Conversando sobre Ética e Sociedade.** Petrópolis: Vozes, 1995.

SPOSATTI, Sposati A; Lobo. E. **Controle social e políticas de saúde.** In: Cadernos CEAS. nº.139 Salvador: CEAS, 1992, p. 64 – 80.

SPINDOLA, Aracy W.de Pinho *et al.* **Pesquisa Social em Saúde.** São Paulo: Cortez, 1989.

SPINK, Mary Jane. (Org.) **Práticas Discursivas e produção de sentidos no cotidiano aproximações teóricas e metodológicas.** São Paulo: Cortez, 2000.

SOUZA, Ricardo Timm de Souza. **Sujeito, ética e história.** Lévinas, o traumatismo infinito e a crítica da filosofia ocidental. Porto Alegre: EDIPUCRS, 1999.

UNIVERSIDADE REGIONAL INTEGRADA DO ALTO URUGUAI E DAS MISSÕES. **Caderno II de Metodologia Científica.** Frederico Westphalen: URI, 2005.

## **APÊNDICE A - Resumo de Artigo Apresentado no II Congresso Internacional dos Trabalhadores de Saúde – Cuba**

TÍTULO: La IV Conferencia Municipal de Salud de Santa Rosa, sus actores y la estrategia metodológica de participación de la comunidad local.

AUTOR: Asistente Social Zeli Machado de Castro Gallo  
Médico Sanitario Luis Antonio Benvegnú

INSTITUCIÓN: Fundación Municipal de Salud de Santa Rosa

TELÉFONO: 55 55 3511-4182  
Fax: 55 55 3512-5303  
e-mail: zelimcg@terra.com.br

### OBJETIVOS:

Consolidación del Control Social en el SUS - Sistema Único de Salud, a través del foro de evaluación y planificación de la política de salud local: La IV Conferencia Municipal de Salud.

### RESULTADOS:

El principio básico de participación de la comunidad comenzó en las comunidades locales con trinita ocho reuniones llamadas micro-conferencias. Luego fueron realizadas las pre-conferencias distritales que escogieron delegados para la Conferencia Municipal.

Este proceso involucró diversos actores, los cuales protagonizaron un proceso intenso de participación y compromiso, hasta llegar al momento final y a la consolidación de los resultados, en un informe aprobado en asamblea de todos.

La estrategia metodológica fue muy accesible para todos, basándose en relatos de las reuniones respondiendo a tres cuestiones:

1. Que bueno = destacar los buenos servicios existentes en el sistema de salud;
2. Que pena = problemas y dificultades encontradas en el sistema;
3. Que tal = otras sugerencias e cambios necesarios;

La Comisión Organizadora, los profesionales de salud, los prestadores de servicios, los usuarios, los monitores, los delegados, los divulgadores y gestores se movieron intensamente en el escenario de discusiones y votaciones para la formulación de la Política de Salud de Santa Rosa.

### CONCLUSIÓN:

La participación de la sociedad organizada es fundamental para la consolidación del SUS - Sistema Único de Salud y para la Política Pública de Salud de Santa Rosa. Por eso no es posible desembarazarse de este momento especial preconizado en la Ley 8142 de la Constitución Brasileña.

Esta participación es local y comienza allí mismo, siendo ascendente en materia jerárquica. Ésta es la dialéctica posible de planificación, integrando actores e construyendo un escenario local con una política de salud para una mejor cualidad de vida.

**ANEXOS**

## **ANEXO A - Relatório Preliminar**

### **1. Saúde, Cidadania e Políticas Públicas.**

- Fazer a colocação de um telefone público de fácil acesso aos usuários no Posto de Saúde da Vila Esperança.
- Fazer a contratação de um segurança para proteger as pessoas durante o horário de atendimento nos Postos de Saúde das vilas Vicente Cardoso e Cruzeiro do Sul.
- Criar um mecanismo dentro da Rede Pública, envolvendo todos os órgãos, como por exemplo, o Ministério público, para que haja a diminuição e/ou extinção do comércio de fichas.
- Construir banheiros externos nos Postos de Saúde que ainda não possuem.
- Implantar lixeiras externas próximo aos Postos de Saúde.
- Fazer o melhoramento das estradas que dão acesso aos Postos de Saúde do interior.
- Formar uma comissão, envolvendo CMS, FUMSSAR, MP e BM, para percorrer os Postos de Saúde, durante à noite, para termos ciência do que acontece
- FUMSSAR disponibilizar veículos para buscar doadores de sangue, ou prestar atendimento. - Construir calçamento em frente ao Posto de Saúde da Manchinha.
- Criar urnas de opinião pública nos Postos de Saúde.
- Planejar os investimentos conjuntamente com as equipes das Unidades Básicas de Saúde.
- Reativar a CIPA da FUMSSAR.
- Rever os casos de profissionais da FUMSSAR, que tenham sido liberados para docência, se está dentro da lei e, providenciar para que estes e outros sejam divulgados no CMS.

### **2. Controle Social**

- Ministras palestras sobre alcoolismo e drogas nos Postos de Saúde.
- Ministras cursos e/ou palestras para funcionários dos Postos de Saúde, para que haja um atendimento de excelência, principalmente no quesito recursos humanos.

### **3. Financiamento da Saúde**

- Exigir dos órgãos competentes o cumprimento da Lei de Aplicação da CPMF/RS.
- Buscar de alguma maneira, mais recursos para saúde, junto ao Estado e União.
- Criar um mecanismo, desde que seja legal, para que os municípios que são atendidos aqui em Santa Rosa, venham a contribuir financeiramente.
- Garantir recursos para investimentos em equipamentos, e manutenção dos mesmos para as Unidades Básicas de Saúde.
- Efetivar a Comissão Técnica de Licitação.

### **4. Gestão e Organização dos Serviços de Saúde**

#### **4.1 Atendimento Hospitalar**

- Ter mais agilidade nos encaminhamentos das cirurgias eletivas.
- Ter mais rapidez nas cirurgias e consultas por especialistas.
- Contatar com médicos plantonistas dos hospitais, para que aceitem as baixas hospitalares dos médicos dos Postos de Saúde.

- Aumentar as especialidades oferecidas nos atendimentos de média e alta complexidade.

#### 4.2 Postos de Saúde

- Deixar fichas médicas disponíveis no Posto de Saúde da Vila Auxiliadora, para moradores da Vila Santa Inês.
- Contratar mais uma enfermeira para atender no Posto de Saúde da Vila Oliveira.
- Aumentar o número de fichas diárias para consultas médicas.
- Implantar um plantão médico, noturno, no Bairro Sulina.
- Ter atendimento de um médico Pediatra nos Postos de Saúde das Vilas Balneária, Esperança, Cruzeiro do Sul, km 03, Auxiliadora.
- Ter atendimento de um médico Pediatra diariamente no Posto da Vila Auxiliadora.
- Fazer a ampliação da estrutura do Posto de Saúde da Vila Balneária e transformá-lo em Distrito.
- Fazer com que haja mais organização no agendamento de fichas nos Postos de Saúde.
- Providenciar a construção de abrigos aos usuários nos Postos de Saúde que não possuem.
- Fazer com que haja mais agilidade nos atendimentos nos Postos de Saúde da Vila Glória e Cruzeiro.
- Aumentar o atendimento dos médicos para no mínimo 20 fichas diárias.
- Aumentar o número de auxiliares para o atendimento no Posto de Saúde da Vila Agrícola.
- Estudantes não precisam tirar ficha para realizar consultas odontológicas.
- Dedicar um dia exclusivo para atendimento odontológico aos moradores da Vila Ibanês, no Posto de Saúde da Vila Cruzeiro do Sul.
- Fazer o agendamento de médico e dentista, uma vez por mês, nas localidades que não tem Posto de Saúde.
- Garantir a conclusão do Posto de Saúde até o final do ano de 2005 no Bairro Sulina.
- Fazer a marcação para especialistas nos Postos de Saúde.
- Designar mais pessoas para trabalhar na recepção do Posto de Saúde de Esquina Guia Lopes.
- Reservar algumas fichas para pessoas que não residam na Vila do local do Posto de Saúde, para outras comunidades (fichas emergenciais).
- Reservar fichas nos Postos de Saúde para idosos.
- Aumentar o número de fichas para dentista.
- Construção de um Posto de Saúde Avançado, para atendimento no mínimo três vezes por semana e que tenha enfermeira diariamente no km 03.
- Disponibilizar cadeira de rodas, no Posto de Saúde na Linha Sete de Setembro.
- Alterar o horário para tirar fichas, nas Vilas Bancários, Meinertz e Santos.
- Fazer com que haja o cumprimento de horário de trabalho por parte da equipe do Posto de Saúde de Candeia Alta.
- Diminuir e/ou fazer em horários pós-expediente as reuniões nos Postos de Saúde.
- Aumentar em um dia, o atendimento médico em Esquina Candeia.
- Ter atendimento odontológico diário no Posto de Saúde de Esquina Candeia.
- Ter atendimento médico permanente em Esquina Candeia Baixa.
- Aumentar para mais um dia de atendimento no Posto de Saúde de Lajeado Tarumã
- Ter atendimento odontológico diário para moradores da Linha Boa Vista.
- Aumentar o atendimento do médico Pediatra para moradores da Vila Bomba D'Água.
- Disponibilizar mais um médico Clínico Geral (40h) no Posto de Saúde da Planalto.

#### 4.3 Sistema Administrativo de Apoio



- Aumentar a cobertura dos Agentes de Saúde, fazendo com que as Vilas e locais do Interior que ainda não possuem, sejam contemplados com Agentes do local.
- Fazer com que a FUMSSAR disponibilize uma ambulância, para que fique de sobreaviso para atender as solicitações dos Postos de Saúde.
- Propiciar aos usuários, formas, para que tenham mais esclarecimentos e/ou conhecimento sobre os serviços prestados pelo SUS.
- Criar um sistema de marcação de fichas para os Postos através do 0800.
- Contratar mais serviços especializados e eletivos.
- Liberar laqueadura para mulheres que não tem condições de ter mais filhos.
- Criar a rotatividade dos funcionários atendentes dos Postos de Saúde.
- Troca do dentista L. R., o qual não cumpre horário e presta pouca qualidade no serviço.
- Realizar mais campanhas de conscientização para doação de sangue.
- Mudar o sistema de retirar remédios na FUMSSAR, não precisando ir durante a madrugada para entregar a receita.
- Fazer a atualização do Cartão do SUS, inclusive colocando foto nos mesmos.
- Criação de uma lista de medicamentos para fornecimento por processo, e uma comissão técnica que avalie solicitações de medicamentos não padronizadas.
- Criação de um setor de regulação, que contemple as atividades de autorizados, controle, avaliação e auditoria.
- Que a ampliação da rede básica somente ocorra após adequação física, de equipamentos e de recursos humanos das unidades já existentes.
- Garantir que as contratações de pessoal permaneçam sendo feitas por concurso, que seja mantido o regime jurídico único estatutário.
- Ampliar a capacidade do laboratório.
- Fazer a substituição da médica em Candeia Baixa.

#### 4.4 Sistema de referência e Contra-Referência

- Agendar um dia por semana para agendamento, entrega e recebimento dos exames, facilitando assim, o andamento das consultas médicas.
- Agilizar os encaminhamentos dos casos de urgência.
- Facilitar a marcação de cirurgias.
- Marcar reconsulta com especialista depois de 3 meses.

### 5. Recursos Humanos para Saúde

#### 5.1 Aumentos do Quadro de Funcionários

- Aumentar o número de médicos e especialistas.
- Contratar mais médicos especialistas em otorrinologia.
- Fazer a contratação de um médico Clínico Geral para o Posto de Cruzeiro.
- Mais uma assistente social para Fundação.
- Ampliação do quadro de profissionais, com participação do CMS e profissionais na decisão de prioridades.
- Criar o cargo de técnico de enfermagem.
- Disponibilizar um médico ginecologista para o Posto de Saúde da Vila Agrícola.

#### 5.2 Qualificação dos Profissionais na Saúde

- Substituir o médico, quando na sua falta, para todos ter acesso às consultas do dia.
- Capacitar os agentes de saúde para que sejam mais eficientes.

- Fornecer material (pastas e uniforme) para os agentes de saúde.
- Desenvolver trabalhos de Humanização, sobretudo com funcionários dos Postos.
- Implantação de uma política de capacitação de recursos humanos.
- Manutenção dos espaços de discussão: reunião de categoria, reunião de nível superior,...
- Criação do programa de saúde ocupacional dos servidores ocupacionais.

## 6. Atenção Integral à Saúde

- Aumentar o numero de Agentes de Saúde e substituir a Agente que está de atestado há mais ou menos 4 anos.
- Garantir realização de visitas domiciliares por parte da médica em Candeia Baixa.
- Fazer com que haja consultas de emergência no Posto de Saúde.

### 6.1 Política de medicamentos

- Substituir gradativamente os medicamentos industrializados (químicos) por medicamentos fitoterápicos.
- Garantir medicamentos para pessoas cadastradas, respeitando a quantidade para cada pessoa e controlar a distribuição de medicamentos contínuos.
- Aquisição de medicamentos genéricos pela FUMSSAR.

## 7. Políticas Ligadas ao Saneamento, Meio Ambiente e Vigilância Sanitária

- Fornecer água potável para todas as comunidades.
- Retomar as campanhas publicitárias sobre a conscientização relativa ao lixo.
- Providenciar a limpeza da Sanga do Inácio.
- Fazer melhoramentos quanto ao saneamento básico.
- Ter recolhimento de lixo tóxico.
- Priorizar melhorias na Vigilância Sanitária.

## 8. Qualidade no Sistema de Saúde

- Priorizar o atendimento dos idosos nos Postos, garantindo assim, seu acesso.
- Melhorar o atendimento de emergência para acamados.
- Melhorar o atendimento do (a) Agente de Saúde.
- Melhorar o atendimento do dentista na Linha Sete de Setembro.
- Plantão nos Postos de Saúde deveria atender para qualquer idade, pois o hospital reclama para prestar atendimento.
- Melhor os atendimentos no Pronto Socorro do Hospital Vida e Saúde.
- Ter igualdade no atendimento dos pacientes do SUS e particulares, por parte dos Hospitais e Prestadores de Serviços.
- Melhorar o atendimento de alguns funcionários do CSU, sendo que foi sugerido, proporcionar um curso de relações humanas.
- Fornecer informações corretas aos usuários sobre medicamentos.
- Estimular a política de estímulo à produção científica e a pesquisa aos Funcionários da FUMSSAR.
- Que se mantenha a dedicação exclusiva dos profissionais da FUMSSAR.

## **ANEXO B - Roteiro de Atividades das Microconferências**

1. Apresentação dos monitores (profissão, etc..) em nome da comissão organizadora;
2. Explicar a metodologia da reunião:

### **- Fala inicial**

Divisão em grupos – preenchimento das tarjetas QUE BOM QUE PENA E QUE TAL – reunir o grupo todo e chegar ao consenso sobre o que foi colocado.

- Eleição do delegado (explicar o papel do delegado).
3. Passar a lista de presenças
  4. Anotar no formulário específico o relatório das questões.
  5. Anotar o nome completo dos delegados COM ENDEREÇO POSTAL.

### **A FALA INICIAL.**

- Situar a microconferência na 5ª Conferência municipal, e na história das conferências anteriores;
- Destacar o papel do CONTROLE SOCIAL. Citar a lei 8142, e o papel do conselho;
- Falar da gestão plena do sistema municipal e a origem dos recursos. A possibilidade de gestão com autonomia em Santa Rosa desde 1994;
- Falar sobre a organização da assistência:
  - A rede básica organizada em distritos
  - A atenção por equipe multidisciplinar (o papel do médico geral comunitário x especialistas, da integração da equipe, dos agentes comunitários...)
  - A referência e contra-referência.
- Os hospitais e laboratórios conveniados;
- Os encaminhamentos para fora do município.

**OBS: A FALA DO MONITOR NÃO DEVE EXCEDER OS 15 MINUTOS, FICAR EM TORNO DE DEZ MINUTOS.** Procurar não responder perguntas durante a apresentação inicial e não travar debates com os participantes. Não assumir o papel de “juiz” quando houver dúvidas entre os participantes: ambos os pontos não consensuais devem ser levados para o relatório, observando-se que não houve consenso.

**ANEXO C - Trabalho premiado (3º lugar) no Concurso de Monografias do Congresso Administração Pública e Reforma do Estado - Espanha: Inovação Gerencial no Sistema Único de Saúde: o caso do município de Santa Rosa - Rio Grande do Sul - Brasil**

Maria Ceci Misoczky  
Luis Roque Klering  
Luís Antônio Bevegnú  
Dione Amado Weiler

## Resumo

O objeto desse estudo é o Sistema Único de Saúde (SUS) do município de Santa Rosa, Estado (ou Província) do Rio Grande do Sul, Brasil. Tem como objetivos verificar e analisar inovações gerenciais com relação à participação dos cidadãos nos processos de tomada de decisão e de implantação de mudanças; com relação à política de saúde no atendimento a grupos especiais; bem como com relação à inovação na gestão, processos decisórios e provisão de serviços. Também tem como objetivo analisar a sustentabilidade desta experiência e a replicabilidade de seus aspectos fundamentais em outros municípios e regiões do Brasil. Trata-se de um estudo de caso único, utilizando técnicas qualitativas para a coleta dos dados. Conclui pela constatação da inovação na maioria dos aspectos considerados, embora alguns precisem ser melhorados. Igualmente analisa fatores que colocam a política sob risco de não continuidade e como estes podem ser enfrentados. Conclui ainda pela replicabilidade dos aspectos que marcam esta experiência.

## Introdução

No Brasil, o movimento pela descentralização das políticas públicas foi, principalmente, uma reação ao forte centralismo imposto pelos governos militares entre 1964 e 1984. Especialmente na área social, a intervenção estatal neste período teve um caráter burocrático privatista e de centralismo, fragmentação organizacional, iniquidade e exclusão das camadas mais pobres da população. Outra característica foi o mistargeting, conceituada desenvolvida pelo Banco Mundial para situações em que ocorre grande desproporção entre os recursos aplicados e os resultados alcançados, principalmente pelos segmentos que configuram a população-meta (Melo, 1998).

No processo de abertura política, durante a década de 80, desenvolveu-se a crença de que a descentralização levaria a uma maior equidade na distribuição de bens e serviços e a uma maior eficiência no setor público (Silva e Costa, 1995); por isso, foi concebida como arma da democratização, como estratégia de consolidação de direitos sociais, extensão da cidadania à massa da população, bem como forma de superar os problemas associados ao gigantismo burocrático (Melo, 1998). Assim, o movimento pela descentralização ocupa lugar central na agenda política dos anos 80, com o municipalismo se constituindo em sua modalidade mais visível (Draibe, 1998).

É nesse contexto que se situa o processo de Reforma da Saúde e que, similarmente à tendência mundial, tem a descentralização como eixo principal e, contraditoriamente a esta tendência, tem a universalidade do acesso como princípio orientador.

Na tendência mundial, fortemente influenciada pelos organismos de cooperação internacional, predomina uma perspectiva economicista de busca de eficiência, onde não há espaço para a gratuidade e a universalidade.

No Fórum sobre Reformas no Setor Saúde, realizado em abril de 1998 na London School of Hygiene and Tropical Medicine, Ann Mills enfatizou que os temas da "revolução da gerência pública", que compõem o "senso comum" nos processos de reforma da saúde, são: redução do Estado e do gasto público, aumento da eficiência do setor público através da contratação e da competição entre provedores, extensão do papel do setor privado, e seletividade e focalização de serviços para grupos prioritários. Na mesma oportunidade, Robert G. Evans criticou esta abordagem, enfatizando a possibilidade de se aperfeiçoar sistemas de saúde a partir das seguintes bases ou premissas: universalidade (em oposição à proposta dominante, de eliminação de tal princípio); análise da efetividade tendo em vista os determinantes de saúde, ou seja, indicadores de condições de saúde e qualidade de vida. Ainda neste Fórum, Julio Frenk mostrou quais são as bases para a definição do acesso a serviços de saúde, sua expressão institucional e os mecanismos de racionalização. Esta formulação permite compreender mais claramente quais são as alternativas para a definição desta política pública, e como se dá a escolha do princípio orientador de cada processo de reforma.

Critério	Expressão Institucional	Mecanismo de Racionalização
Poder de Compra	Mercado não regulado	Preço
Pobreza	Assistência pública	Barreiras burocráticas
Prioridade socialmente percebida	Seguro social restrito	Exclusão social
Cidadania	Sistema de saúde universal	Custo da efetividade e aceitabilidade social

Também a descentralização, vista como parte de processos de reforma do Estado e, conseqüentemente, da sua intervenção na área social, pode ser abordada a partir de diferentes perspectivas. Segundo Curbelo (1986) a popularidade do conceito pode estar ligada a uma combinação de elementos, incluindo sua capacidade de ocultar mais do que revelar, sua identificação com sentimentos longamente estabelecidos, e sua fácil identificação com o ponto de vista tecnocrático. Portanto, é preciso esclarecer com que sentido o termo é utilizado.

Sob a ótica do desenvolvimento humano as ações públicas devem ter o objetivo de ampliar a capacidade das pessoas para que sejam responsáveis por atividades e estados valiosos e valorizados (Sen, 1992). Kliksberg (1996, p.85) aborda a modernização do Estado para promover o desenvolvimento humano e social, destacando o grande potencial que a via da descentralização contém para melhorar a produtividade de políticas públicas e de programas sociais: "A natureza destes programas requer um tipo de gerência adaptativa, aberta e flexível, que encontra seu habitat propício em modelos de gestão descentralizados." Afirma ainda que só através da descentralização é possível "criar transparência dos atos públicos, desburocratizar, favorecer todas as formas de cogestão dos cidadãos, (...) atingir sistemas políticos que façam amadurecer crescentemente a cidadania e favoreçam a organização e a expressão da sociedade civil" (Kliksberg, 1994, p.27).

No entanto, esta abordagem não é consensual: Na agenda de inspiração neoliberal, os eixos privatização, descentralização e focalização são propostos como formas de reduzir o gasto público e o tamanho do Estado. A descentralização, especificamente, é apontada como uma forma de aumentar a eficiência e a eficácia do gasto, ao aproximar problemas e gestão, aumentando o vínculo entre clientes e entidade responsável pelas decisões sobre os serviços (Farah, 1998b).

Na agenda de inspiração progressista o objetivo é repensar o Estado, articulando eficiência e eficácia com equidade e democratização dos processos de decisão. A descentralização é, então, pensada como estratégia de reestruturação do aparelho estatal, não para reduzi-lo, mas para torná-lo eficaz, democratizando a gestão através da criação de novas instâncias de poder e da redefinição das relações Estado/sociedade(Junqueira,1998).

A proposta de "Transformação produtiva com equidade", formulada pela CEPAL (1990) para a América Latina, pode ser vista como sendo compatível com a perspectiva progressista, no sentido de que apóia reformas de Estado que promovam a coordenação entre política econômica e social, definindo metas para esta última que levem os benefícios do desenvolvimento à população, especialmente a mais humilde, articule programas universais com programas seletivos (não concebendo unicamente a focalização), e racionalizem o gasto social para obter maior eficiência e eficácia. Parte importante deste documento se refere à relação equidade/participação, recomendando o controle da população sobre a "própria situação e o próprio projeto de vida (enquanto ator social), mediante a intervenção em decisões, iniciativas e gerenciamentos que afetam o entorno vital em que tal situação e projeto se desenvolve". Ou seja, mais do que a distribuição de recursos, a equidade diz respeito ao poder de decidir sobre a alocação de recursos. Assim, "um sistema será mais equitativo se ampliar progressivamente o grau de descentralização democrática do poder de decisão, se as diferentes áreas do Estado estreitarem sua comunicação com setores menos articulados à modernização produtiva e aos serviços sociais instalados" (Rodríguez, 1994, p.195).

A partir destas distinções pode-se situar este estudo: identificam-se fatores de inovação e sucesso em uma experiência de gestão municipal da saúde que, com base na busca da universalidade do acesso a ações e serviços de saúde e na democratização das relações com a sociedade, está melhorando as condições de vida e saúde da população local. A identificação desses fatores tem, também, o objetivo de considerar as possibilidades de sua replicação em outros municípios, dos mais de 5.500 existentes no Brasil.

O texto completo do estudo está estruturado da seguinte forma: contextualiza-se a municipalização da saúde no processo de implementação do Sistema Único de Saúde; realiza-se uma revisão teórica, para elencar fatores de inovação e sucesso utilizados na pesquisa de campo; apresenta-se a metodologia da pesquisa e o município em foco (Santa Rosa-Rio Grande do Sul); aborda-se o Sistema Único de Saúde em Santa Rosa, considerando sua estrutura gerencial, processo de participação da população nas decisões, aspectos de inovação na política de saúde, e aspectos de inovação na gestão, nos processos decisórios e na provisão de serviços; e, por fim, faz-se uma análise da sustentabilidade do sistema e das possibilidades de replicabilidade das etapas e dos resultados encontrados.

A municipalização no processo de implementação do Sistema Único de Saúde A Reforma Sanitária Brasileira, enquanto política social, foi uma proposta surgida de um movimento da sociedade que, no bojo do processo de transição democrática, teve a capacidade de articular o conjunto de forças sociais interessadas na revisão dos princípios e da estrutura institucional do sistema de saúde.

Como resultado concreto deste movimento a Constituição de 1988 define a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), que tem como princípio básico o acesso universal e igualitário às ações e serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde (Brasil, 1988). O texto constitucional expressa ainda uma clara intenção de deslocar o poder do centro para a periferia, tendo como eixo principal a descentralização, reforçando a autonomia municipal e a participação da comunidade. O município passa a ter a incumbência específica de prestar serviços de atendimento à saúde da população, e à União e aos Estados cabe prover a cooperação técnica e financeira. Quando houverem competências concorrentes a União deve restringir-se a estabelecer normas gerais.

"O que deve caracterizar a descentralização no Sistema de Saúde não é só o fato da tomada de decisão situar-se junto ao local onde os serviços são prestados e a existência de maior possibilidade de controle social sobre esses serviços. É, sobretudo, a autonomia das instâncias sub-nacionais, para exercer sua principal competência: organizar o respectivo subsistema, de acordo com as peculiaridades locais respeitadas os demais postulados constitucionais (universalização, acesso igualitário, regionalização e hierarquização da rede, direção única, atendimento integral, prioridade para as atividades preventivas e a participação da comunidade)." (Vianna, 1992, p.35-36)

Podem ser identificadas três ordens de motivos para esta lentidão.

A primeira delas se localiza na própria esfera federal, que desenvolve programas de descentralização assumindo "uma postura de tutor do processo, para poder manter o controle político ou operacional do manejo e do repasse de recursos, colocando empecilhos para viabilizar qualquer ação que signifique diminuir seu poder setorial de influência" (Silva e Costa, 1995, p.270). Tal postura é decorrente de um processo que se inicia com a fragmentação da coalizão que estava no governo no período conhecido como Nova República (1985-1989), levando a um realinhamento dos atores, com o eixo se deslocando da ênfase em políticas públicas universalistas, democráticas e redistributivas, para a ênfase na focalização, seletividade e redefinição da articulação público-privado. A descentralização deixa de ser vista como modus operandi que viabiliza a participação, considerada pré-requisito para aumentar a eficiência e reduzir o mistargeting, e passa a ser vista como fragmentação organizacional e territorial, que alimentaria a espiral de ingovernabilidade (Melo, 1988). Especificamente no caso da saúde, a União, em procedimentos que demarcam um movimento que Vianna (1992) denomina de "recentralização", reinterpreta as definições constitucionais, reduz o ritmo da reforma e, aproveitando os espaços existentes na Lei Orgânica da Saúde de 1990, reserva à burocracia do Ministério da Saúde a prerrogativa de tutelar o processo de descentralização através da emissão periódica de Normas Operacionais Básicas (NOBs), que normatizam a transferência de recursos federais para estados e municípios. Ao fazê-lo não apenas estabelece condições a que os municípios e estados devem satisfazer, como também define programas que, se implantados localmente, serão premiados com incentivos financeiros, induzindo a focalização e a seletividade. Os Estados, na sua maioria, têm dificuldades em assimilar o esvaziamento de seu

papel como definidores e executores da política de saúde, buscando conservar parcelas de poder adquiridas e consolidadas. Utilizam o argumento de que esta situação não trará prejuízos ao sistema, pelo fato de que o gestor estadual tem uma trajetória de conhecimento, eficiência e eficácia na realização das ações e serviços (Dallari, 1992). Ao mesmo tempo, resistem em assumir sua nova função, de desencadear a cooperação e o estímulo para a efetiva descentralização das ações de saúde, respeitando as peculiaridades locais (Mendes, 1996).

Os municípios, por sua vez, enfrentam diversas dificuldades para assumir suas novas atribuições constitucionais. Araújo Júnior (1997) considera que a fragilidade política e técnica dos governos municipais é determinante para que não consigam superar as barreiras que os governos estaduais e federal colocam à efetiva descentralização. Entre os problemas políticos, menciona a subordinação dos políticos locais aos governadores e deputados estaduais, ao presidente e deputados federais e senadores, o que reduz as possibilidades de negociação com os outros níveis de governo; a dependência financeira dos municípios ao nível federal; e a falta de apoio da comunidade, que não dispõe, na maioria dos casos, de informações sobre o processo em andamento. Em relação aos problemas técnicos o autor ainda inclui a falta de pessoal qualificado para assumir as novas responsabilidades, principalmente nos municípios de pequeno e médio porte; e a falta de infraestrutura na maioria das secretarias municipais de saúde, que não existiam até meados da década de 1980. Araújo Júnior (1997) ressalta ainda que estas dificuldades do nível local são uma característica comum aos municípios da América Latina. Por falta de recursos financeiros, os governos locais têm dificuldades em realizar despesas básicas, treinar seu pessoal, adquirir equipamentos modernos, financiar o desenvolvimento organizacional e expandir os serviços que oferecem à população. Seus fundos limitados tornam impossível melhorar a capacidade administrativa, o que leva a desencorajar a aplicação de recursos em novas funções (Harris, 1983). A estes entraves somam-se ainda outros fatores, que contribuem, no conjunto, para uma situação que se tornou publicamente conhecida como caos da saúde:

"(...) o agravamento dos problemas de financiamento setorial acentuou as dificuldades de relacionamento entre distintas esferas de governo e entre estas e o setor privado prestador de serviços, comprometendo os resultados positivos do processo, ainda que as situações de operação dos serviços, em termos de eficiência e equidade, variem bastante, dependendo de cada estado ou município. Além disto, revelou as fraquezas e as insuficiências da própria estratégia de reforma, que não conseguiu efetivar uma coalizão em seu favor que superasse os conflitos e as contradições entre as ações dos diferentes níveis de governo integrantes da Federação Brasileira. Tudo isso leva a que se considere como caótica a situação atual da política de atenção à saúde, em seu formato descentralizado." (Silva e Costa, 1995, p.276)

No entanto, apesar deste ser o quadro geral do SUS no país, e de todos os fatores que dificultam sua efetiva implementação, acima mencionados, em alguns municípios se criaram verdadeiras "ilhas de modernidade sanitária" (Mendes, 1995, p.19), não sendo poucos os relatos e avaliações de experiências de municipalização bem sucedidas, o que demonstra a potencialidade que a concepção do sistema oferece. Impõe-se, portanto, a tarefa de compreender melhor as experiências bem sucedidas, em que novos estilos de gestão pública convivem com velhos padrões de políticas sociais (Draibe, 1997), com a preocupação de identificar os fatores que compõem estes estilos, e quais podem ser disseminados.



## 2. Inovações gerenciais no governo municipal

Motta (1998, p.186) trata a inovação como um processo coletivo que "altera crenças, hábitos e interesses sedimentados de indivíduos e grupos, (...) é um processo sistêmico e complexo de aplicar idéias novas".

"A inovação renova significados, ao mesmo tempo em que danifica, constrói. Para implantar um novo sentido faz-se uso do poder, da persuasão, da união de interesses e dos consensos; busca-se apoio e motivação para reaprender uma nova visão organizacional e readquirir confiança no futuro. Conduzir mudanças é gerenciar o hiato entre a percepção da realidade vivida e a promessa da nova ordem; é lidar com fatores que facilitam ou inibem as novidades. Envolve, assim, a compreensão do contexto organizacional onde se passa a mudança, bem como a capacidade de agir para mobilizar recursos e superar resistências." (Motta, 1998, p.188)

Em busca de um conceito de inovação Fachin e Chanlat (1998, p.15-16) revisam seu significado. Segundo o Dicionário Larrouse, significa introduzir uma coisa nova para substituir uma antiga, tendo o sentido de criação e mudança. Citam também Dávila que, tratando de êxito e inovação na América Latina, define inovação como "fazer novas coisas, conseguir realizar combinações de recursos de forma nova, ou fazer as coisas de certa maneira"; para Dávila, o conceito traz a idéia de "estruturas e formas organizacionais não convencionais, formas novas de organização do trabalho, estruturas organizacionais não hierárquicas, e programas de mudança planejada". Para Fachin e Chanlat "inovar também significa olhar com outros olhos os mesmos problemas, descobrir novos atores no processo de desenvolvimento local, espreitar a realidade e redescobri-la com olhos não presos a um paradigma antigo e tradicional". Ainda segundo estes autores, a gestão local inovadora deve levar em conta uma "análise, em primeiro lugar, do conceito de cidadão e de cidadania, significando não somente um cidadão consumidor de serviços (o que reduz o conceito de cidadão ao de satisfação de algumas necessidades básicas do homem) mas também alguém capaz de decidir e provocar mudanças." Trata-se, portanto, de uma renovação do estilo de fazer política e de administrar, implicando o sentido de exercício, pelo cidadão, do controle sobre o ato de fazer política.

Diversos autores vêm buscando identificar condições para que ocorram processos de mudança em nível local. Junqueira (1998) considera que, para dar eficácia à gestão, é preciso fazer alianças internas e externas: obter o compromisso dos servidores com o projeto, envolvendo-os e valorizando-os, tornando-os parceiros; articular outros atores sociais capazes de comprometer-se com um projeto que vise a melhoria da qualidade de vida dos cidadãos. Inojosa (1998, p.41-42) vê a possibilidade de que o governo municipal se torne o motor da transformação do perfil de organizações governamentais, invertendo a prática dos modelos copiados e subordinados ao modelo do governo federal. Para que isto ocorra é preciso considerar a perspectiva do desenvolvimento social, significando a "ampliação das condições de qualidade de vida e do exercício dos direitos de uma dada população, com o objetivo de promover o compartilhamento da riqueza material e imaterial disponível em um grupo social, em determinado momento histórico", sendo que um dos fatores para realizar tal ampliação é o acesso a bens que compõem o conceito de qualidade de vida.

Alguns autores abordam especificamente o tema das inovações na área da municipalização da saúde. Fleury et al. (1997) o fazem a partir de três aspectos: (1) social, tratando da relação entre a gestão municipal e diferentes setores da sociedade,

buscando verificar o controle social sobre a definição de prioridades e a alocação de recursos, os mecanismos de prestação de contas à sociedade e formas de comunicação com a mesma; (2) gerencial, abordando o aumento da eficiência, pela utilização de recursos externos e pela valorização das dimensões técnicas da gestão; (3) assistencial, enfatizando a racionalização dos recursos e a prevenção e desospitalização. Araújo Júnior (1997), por sua vez, enumera algumas ações inovadoras que devem ser desenvolvidas para superar os problemas atuais da descentralização: melhorar a participação da comunidade; priorizar a saúde no governo municipal; ter claro o que deve ser feito para assegurar a compatibilidade entre descentralização e equidade; enfrentar o problema de satisfazer as condições que são requeridas para que o governo local desenvolva suas novas funções, principalmente quanto a habilidades e estruturas gerenciais.

O programa de premiação "Gestão Pública e Cidadania", coordenado pela Fundação Getúlio Vargas de São Paulo, patrocinado pela Fundação Ford (EUA) e apoiado por várias instituições e Universidades do Brasil, visando avaliar, premiar e disseminar iniciativas inovadoras de governos municipais, estaduais e organizações de povos indígenas, elenca como relevantes os seguintes critérios ou atributos de projetos de desenvolvimento: grau de mudança introduzido, em termos qualitativos ou quantitativos, em relação a práticas anteriores, inclusive em termos de modernidade do desenho e das ações do projeto; grau de impacto na qualidade de vida do público-alvo; grau de transferibilidade do projeto para outras áreas, administrações ou regiões; grau de consolidação e ampliação do diálogo com a sociedade civil e agentes públicos; grau de responsabilidade na utilização de recursos e oportunidades, inclusive em termos de organização e planejamento das várias etapas e ações do projeto; nível de abrangência e envolvimento do público-alvo; grau de credibilidade pública alcançado, especialmente em termos de importância interna atribuída ao projeto, bem como da capacidade de oferecer pronta-resposta a demandas do público-alvo; viabilidade técnica e financeira do projeto; grau de sustentabilidade, tendo em vista seu enfoque no desenvolvimento das pessoas e organizações envolvidas.

Farah (1998a,1998b), por sua vez, desenvolve uma abordagem bastante completa sobre inovação gerencial em nível sub-nacional. A partir da análise das iniciativas inscritas no programa "Gerência Pública e Cidadania" (acima mencionado) identifica tendências na evolução da agenda de reforma na área social, e as organiza em torno de dois eixos: novas políticas sociais e novas formas de gestão, processos decisórios e provisão de serviços públicos.

#### Novas políticas sociais

"A tendência de inovação consiste em mudanças na concepção sobre a natureza dos serviços prestados, com repercussões sobre a própria política. Constituem exemplo deste tipo de inflexão ações na área de saúde, em que medidas de caráter preventivo substituem o padrão exclusivamente curativo que vinha prevalecendo neste setor. (...) visa, a um só tempo, garantir maior democratização no acesso à saúde (e não apenas aos serviços curativos) e maior eficiência, eficácia e efetividade às políticas do setor." (Farah, 1998a, p.55)

A autora também exemplifica com novas políticas na área de educação, voltadas para a universalização da oferta, para o combate à evasão e à repetência e orientadas para a melhoria da qualidade do ensino. Aborda ainda um terceiro movimento de mudança, que consiste na implementação de programas governamentais voltados para segmentos da população tradicionalmente não

atendidos pelo setor público, identificando-os como um movimento de ampliação do espaço de cidadania - programas dirigidos a idosos, deficientes, mulher e comunidade negra ou indígena. Neste bloco de novas políticas também se incluem ações voltadas para a geração de emprego e renda.

Novas formas de gestão, processos decisórios e provisão de serviços públicos.

"Neste âmbito, o primeiro movimento de inovação diz respeito às mudanças na relação entre Estado e sociedade civil, destacando-se, em primeiro lugar, a tendência de inclusão de novos atores na formulação e implementação das políticas públicas. Partes significativas dos programas na área social incluem hoje a participação de entidades da sociedade civil. Muitos dos programas governamentais têm como um dos seus elementos constitutivos a participação do cidadão na formulação, na implementação, no controle e na avaliação das políticas públicas." (Farah, 1998a, p.56)

Ainda com relação à inclusão de novos atores, muitos projetos, que tratam de problemas cujo enfrentamento ultrapassa a capacidade de ação isolada do poder público, envolvem várias entidades e instituições articuladas sob a direção de uma entidade governamental.

A segunda tendência de inovação relativa aos processos e à gestão das políticas públicas incide sobre a gestão de programas e políticas estatais e da própria máquina pública, sendo possível identificar os seguintes eixos de mudança: descentralização e democratização da gestão e do processo decisório, com ênfase à participação do servidor público nesses processos; descentralização das estruturas de decisão em direção à unidade prestadora do serviço, buscando maior proximidade em relação ao cidadão-usuário; formação e qualificação dos servidores; valorização do funcionalismo por meio da melhoria das condições de trabalho e do próprio salário; reforço a sistemas de apoio à decisão - bancos de dados, estatísticas gerenciais, etc.; introdução de sistemas de avaliação de desempenho; adoção de programas de qualidade e produtividade; redução de custos." (Farah, 1998a, p.57)

A partir desta revisão, propõe-se, para fins deste estudo:

Considerar, em termos mais amplos, inovação gerencial (conforme a formulação de Fachin e Chanlat, 1998) como uma renovação no estilo de fazer política e de administrar, cujo enfoque orientador é considerar o cidadão não como consumidor de serviços, mas como capaz de decidir e provocar mudanças.

Em termos mais específicos, assumir a divisão proposta por Farah (1998a) - inovação na política e inovação na forma de gestão, processos decisórios e provisão de serviços. No que se refere à inovação na política também se incorpora a definição de Farah para inovação - mudança na concepção sobre a natureza dos serviços prestados. No caso da política de saúde, mudança de um padrão curativo e hospitalocêntrico para um padrão de atenção integral e atenção a segmentos da população tradicionalmente não atendidos pelo setor público.

No que se refere ao segundo aspecto - inovação na forma de gestão, processos decisórios e provisão de serviços - incluem-se tanto itens da proposição de Farah (1998a) quanto dos critérios e atributos utilizados pelo programa "Gerência Pública e Cidadania" - (a) mudança introduzida em relação às práticas anteriores; (b) impacto na qualidade de vida da população; (c) viabilidade técnica e financeira; (d) descentralização e democratização da gestão e do processo decisório, tanto com

ênfase na participação da população quanto dos servidores; (e) forma de articulação com o setor privado; (f) formação e qualificação dos servidores; (g) valorização do funcionalismo por meio das condições de trabalho e melhoria salarial; (h) sistemas de apoio à decisão; (i) sistema de avaliação de desempenho; (j) racionalização dos custos. Valoriza-se, ainda, o critério da legitimidade pública alcançada pela experiência em foco, seu grau de sustentabilidade, bem como sua replicabilidade em outras áreas, administrações, ou regiões.

Portanto, este estudo de caso único visa verificar e analisar os aspectos acima mencionados. A escolha do caso - Sistema Municipal de Saúde de Santa Rosa (que será denominado daqui para frente do SUS - Santa Rosa), Estado do Rio Grande do Sul, se deu com base nas suas particularidades quanto à política de saúde. Trata-se de um caso instrumental, na terminologia utilizada por Stake (1994) - um caso que é examinado para prover insights sobre um tema, que desempenha um papel de apoio, facilitando o entendimento de algo mais. Como os objetivos deste estudo incluem a análise da replicabilidade de aspectos desta experiência local, a escolha de Santa Rosa justifica-se com base nos seguintes critérios, ali observados: pelas peculiaridades da sua política de saúde, pelos resultados obtidos, e pela ausência de particularidades no âmbito social, econômico e político do município.

### 3. O Sistema Único de Saúde em Santa Rosa

#### 3.1 Estrutura gerencial

Antes da municipalização da saúde, que ocorreu em 1993, a Secretaria Municipal de Saúde, tanto pela desorganização político-administrativa e inexistência de uma adequada instância gerencial local, quanto pela centralização político-administrativa e desarmonia gerencial, não tinha uma política de saúde clara e objetiva, nem oferecia serviços de saúde, com evidentes prejuízos para a população.

No que se refere à organização dos serviços públicos, não havia definição das funções de cada unidade, enquanto componentes de uma rede municipal, nem da complementaridade entre o setor privado e o público, o que levava a um descontrole de demandas, com o conseqüente aumento da compra de serviços privados e uma grande ociosidade da rede pública, que, embora fosse composta por apenas quatro postos de saúde (três estaduais e um federal), chegava, em média, a 53%. A gerência e o planejamento eram centralizados no gabinete do secretário, não havendo participação da população ou dos servidores nas decisões. A Secretaria Municipal de Saúde, Habitação e Bem-Estar Social era pouco estruturada e a saúde ficava em segundo plano. As ações se resumiam a algumas consultas médicas prestadas por uma unidade móvel.

A criação da Secretaria Municipal de Saúde e Meio Ambiente (janeiro de 1993), em substituição à anterior, deu-se a partir da compreensão de que a municipalização da saúde era a forma de garantir à população tanto a participação nas decisões quanto o acesso universal e gratuito a serviços resolutivos de boa qualidade, e exigia uma estrutura gerencial claramente definida e capaz de atender às demandas decorrentes do processo de descentralização e de participação popular. No mesmo ano, foi criado o Fundo Municipal de Saúde, com o objetivo de gerenciar os recursos financeiros destinados ao desenvolvimento das ações de saúde.

Naquele momento, uma Norma Operacional do Ministério da Saúde definia diferentes estágios de descentralização - condições de gestão. Santa Rosa foi municipalizada, em 1993, na condição de gestão incipiente, em que só compete ao

município gerenciar as ações básicas de saúde e em que este se relaciona com o nível federal na situação de prestador de serviços, recebendo recursos financeiros de acordo com a quantidade de procedimentos realizados. Um ano após, a administração municipal e o Conselho de Saúde optaram pela condição de gestão semiplena, em que o município recebe a totalidade dos recursos de custeio ambulatorial e hospitalar e gerencia o sistema em nível local. Esta condição se constituía como a forma mais avançada de descentralização possível.

Com o avanço da municipalização, ficou evidente a necessidade de aumentar a agilidade administrativa, sem prejuízo da transparência. Os gestores concluíram de que era importante contratar pessoal em regime de trabalho de 8 horas diárias, com salário compatível e dedicação exclusiva. Para tanto, a solução encontrada foi a criação de uma Fundação (em 1995), órgão da administração indireta, com personalidade jurídica de direito público. A estrutura da Fundação inclui 5 departamentos e um serviço, todos subordinados ao presidente - Atenção Básica, Vigilância Sanitária, Planejamento e Informação em Saúde, Articulação com os Prestadores, Administração e Finanças, e o Serviço de Auditoria. A rede de 13 postos de saúde está vinculada ao Departamento de Atenção Básica.

### 3.2 O cidadão como quem decide e provoca mudanças

Nas entrevistas levadas a efeito diversas pessoas mencionam o importante papel da participação popular, desde o começo da implementação do SUS - Santa Rosa.

O SUS - Santa Rosa se inicia com a criação da Comissão Interinstitucional Municipal de Saúde (CIMS), em julho de 1987, composta por 35 entidades e dirigida por um Núcleo de Coordenação. Esse órgão colegiado tinha caráter meramente consultivo, fato que o impedia de deliberar efetivamente sobre os serviços e ações de saúde no município e desestimulava maior participação popular. Em agosto de 1992 foi instituído o Conselho Municipal de Saúde - órgão colegiado, de caráter permanente, com poderes deliberativos e composição paritária (50% de representantes dos usuários e 50% representantes de órgãos governamentais, profissionais de saúde e prestadores de serviço), de acordo com a legislação do Sistema Único de Saúde. Tem como objetivos (definidos na Lei Municipal de sua criação) o estabelecimento, acompanhamento, controle e avaliação da política municipal de saúde e do meio ambiente, constituindo-se no órgão coordenador máximo do Sistema de Saúde e do Meio Ambiente. Tem como membros: 11 representantes do governo municipal, 4 do governo federal, 13 de prestadores privados de serviços, 2 de centros de formação de recursos humanos para a saúde; e 38 representantes de usuários, sendo 12 de associações de moradores, 10 de sindicatos de trabalhadores, e 11 de diversas entidades (estudantes, empresários, clubes de mães, etc.).

O Conselho se reúne mensalmente, tendo realizado, em 1997, mais três reuniões extraordinárias, com um número médio de 42 conselheiros presentes. Neste ano o Conselho deliberou sobre assuntos como: cobrança irregular, dos usuários, de serviços hospitalares e ambulatoriais privados vinculados ao SUS; análise de auditoria nos hospitais e decisão sobre providências a serem tomadas frente a irregularidades; tabela de valores a serem pagos aos prestadores privados; insatisfação quanto à qualidade do atendimento hospitalar e ambulatorial; aquisição e distribuição de medicamentos; formas de acesso ao atendimento médico especializado; problemas relacionados com a destinação de dejetos e com a criação de animais no perímetro urbano; poluição do meio ambiente.

No entanto, como disse o presidente do Sindicato dos Bancários, "não se pode sonhar que o oásis da democracia vai ser a saúde, teria que democratizar tudo e vir crescendo com participação e cidadania para poder dizer que o Conselho realmente é efetivo nas suas ações. A população está exercitando, aprendendo a gerir, e este já é um fenômeno de grande mudança".

### 3.3 Inovação na política

#### 3.3.1 Modelo de Atenção e Estrutura de Prestação de Serviços

A prestação de serviços à população está organizada a partir de uma base de nove Distritos Sanitários e segundo o princípio da integralidade, com ênfase na promoção da saúde e no acesso universal e gratuito, tendo o apoio de equipes multidisciplinares de 13 unidades municipais de saúde e a contratação de serviços complementares do setor privado.

Cada Distrito Sanitário tem um posto de saúde com equipe multidisciplinar - pelo menos um médico geral comunitário, uma enfermeira, um dentista, auxiliares de enfermagem e auxiliares de serviços gerais. Do total de 13 unidades da rede pública municipal, 9 são postos de saúde e sedes dos Distritos, outra é centro de especialidades e as três demais são postos avançados - dois localizados em área rural e um em área urbana de difícil acesso. Cada posto de saúde tem um equipamento odontológico, totalizando 9 na rede pública.

Além do atendimento nas unidades de saúde, são realizadas visitas domiciliares, inclusive por médicos, e "internações domiciliares". As consultas especializadas, realizadas tanto no centro de especialidades, quanto pelo sistema de compra de consultas do setor privado, são previamente agendadas pelo posto de saúde. No centro de especialidades são oferecidos atendimentos em gineco-obstetrícia, urologia, oftalmologia e nefrologia.

As equipes dos postos de saúde desenvolvem uma prática de demanda dirigida, definindo demandas específicas; assim acontece com, por exemplo, pacientes portadores de doenças crônicas, que devem ter um vínculo constante com o serviço, e não apenas com o profissional médico. Desta forma, um paciente tem uma visita agendada mensalmente para receber a medicação e informar sobre sua condição, vendo o médico periodicamente a critério clínico. Com esta prática, aumenta a qualidade do atendimento (pelo aporte de uma abordagem multidisciplinar), diminui o número de consultas médicas por paciente e aumenta a disponibilidade de consultas para casos realmente necessários. Por exemplo, após a implantação desta rotina numa unidade, um médico realizou consultas de outros 46 pacientes, e realizou visitas domiciliares extras sem que ninguém houvesse abandonado o tratamento.

Santa Rosa conta ainda com o trabalho de 44 agentes comunitários de saúde. Sua função é acompanhar um número determinado de famílias de uma área geográfica, realizando orientações sobre cuidados com a saúde e com alimentos, enfatizando a importância das vacinas, do pré-natal e do acompanhamento do crescimento e desenvolvimento das crianças, bem como encaminhando pacientes para receberem cuidados nos postos, quando necessário. Estão cadastradas 5.643 famílias, totalizando 20.546 pessoas, perfazendo aproximadamente 35% da população. Constituem exemplos de atuação dos agentes comunitários de saúde: o acompanhamento dos nascidos vivos e a verificação do seu peso ao nascer, para que os de baixo peso recebam atenção especial da equipe do posto; a identificação das

causas dos óbitos em menores de 1 ano; a identificação das causas de morte em mulheres de 15 a 49 anos; o acompanhamento de crianças menores de 12 anos com relação à doença diarreica e infecção respiratória aguda, orientando a utilização de reidratantes orais no primeiro caso e o uso dos antibióticos prescritos pelo médico no segundo caso; orientação da amamentação no peito; acompanhamento da situação vacinal de crianças até 2 anos; acompanhamento das famílias cadastradas, realizando visitas periódicas.

Com base no relatório de atividades de 1997, pode-se visualizar o perfil dos atendimentos médios mensais realizados na rede pública de 13 postos de saúde: 8.500 consultas médicas, 4.800 atendimentos odontológicos, 500 exames preventivos de câncer ginecológico realizados por enfermeiros, participação de 1.200 pessoas em 30 grupos (gestantes, diabéticos, hipertensos, idosos, saúde mental, etc.), 800 atendimentos de crianças com menos de um ano pelo programa de promoção da saúde da criança, 200 realizações de testes de gravidez no próprio posto, 300 realizações de exames de acompanhamento de diabéticos, 1.700 vacinas, 2.000 atendimentos do tipo curativos ou nebulizações, 100 atendimentos domiciliares por médicos e enfermeiros. A média mensal de pessoas atendidas por posto de saúde é de 1.990. Foram ainda distribuídos medicamentos, de acordo com uma média de 9.300 receitas, em que a maioria dos itens faz parte da Lista Básica (78 itens) adquirida pela Fundação, e os demais são comprados após avaliação social.

A Lista Básica visa atender a maioria dos problemas de saúde, principalmente os casos relacionados a doenças crônicas que exigem uso contínuo. Os medicamentos estão disponíveis somente nos postos de saúde, destinando-se, preferencialmente, aos usuários do SUS - Santa Rosa. Entretanto, pessoas que consultarem por convênios ou seguros/planos de saúde podem retirar medicamentos nos postos da sua área de residência. Alguns medicamentos têm a sua distribuição vinculada à avaliação e acompanhamento dos resultados e da adesão ao tratamento, como os anti-hipertensivos e anti-ulcerosos. Outros são destinados, preferencialmente, aos participantes de programas preventivos, como Pré-Natal e Prevenção do Câncer Ginecológico.

Existem dois hospitais privados no município, sendo um deles filantrópico. Este último dispõe de 127 leitos, incluindo UTI, e o outro possui 39 leitos.

A articulação com outras instituições da área social se dá com ênfase na atenção à infância, incluindo o acompanhamento das creches e escolas (pelas equipes dos Distritos Sanitários em que estão localizadas) e o atendimento odontológico, dentro do conceito de promoção da saúde bucal, desde aplicação de flúor a procedimentos curativos e restauradores. Outra área de articulação interinstitucional é a de combate a endemias, através de convênios com a Fundação Nacional de Saúde para controle da cólera ou do dengue. O controle deste último é especialmente relevante, já que Santa Rosa está em uma área de trânsito intenso de veículos de cargas e transportes de passageiros com origem na região Centro-Oeste do Brasil, onde esta endemia é muito importante.

### 3.3.2 Cobertura da população e resultados quanto à utilização por tipo de serviço de saúde

Com a territorialização, a cobertura por área aumentou de 50% para 75%. Antes, a principal atividade dos postos era o atendimento da demanda espontânea; com a atual sistemática muitas atividades são dirigidas para grupos prioritários (gestantes, crianças, doentes crônicos), com programas que incluem visitas

domiciliares, para ocorrências clínicas e busca de faltosos, o que aumenta o vínculo da equipe com a população de sua área.

No entanto, como o princípio da equidade também é orientador do SUS - Santa Rosa, a própria localização dos postos resulta da intenção de ampliar a cobertura para setores populacionais que não teriam outra forma de acesso a serviços de saúde - planos/seguros de saúde ou pagamento direto. Assim, é considerado que cada Distrito tenha em torno de 4.500 habitantes "usuários do SUS", ou seja, uma determinada população para a qual os recursos são planejados. Abordando a cobertura com enfoque nesta população, ela é de 100%.

Dois indicadores tradicionais - cobertura à gestação e ao parto e cobertura vacinal de menores de 1 ano, relativos a 1997, demonstram a procedência desta estimativa:

100% dos partos são hospitalares, desde 1994;  
44,2% das gestantes fizeram mais de 6 consultas de pré-natal, 54,0% entre 1 de 6 consultas, e somente 1,8% não realizaram nenhuma consulta;  
100% dos menores de 1 ano estão vacinados contra poliomielite (3 doses), coqueluche (3 doses) e tuberculose;  
95,5% dos menores de 1 ano estão vacinados contra sarampo.

Outro indicador de cobertura pode ser a porcentagem de óbitos por causas mal definidas, na medida em que são uma expressão de óbito sem acompanhamento médico; em 1997, somente 0,8% das mortes tiveram tal registro.

No que se refere à inovação na política de saúde, os resultados mostram um claro afastamento do padrão hospitalocêntrico de utilização dos serviços de saúde.

Segundo dados do Ministério da Saúde (Brasil, 1998) as internações hospitalares reduziram-se de 9.022 em 1992, para 5.599 em 1997, representando um decréscimo de 37,94%. Somente as internações obstétricas mantiveram o mesmo nível, apresentando pequenas variações de um ano para outro. As internações cirúrgicas apresentaram a maior redução - 61,12%, seguidas pelas internações pediátricas - 44,99%, e clínicas - 31,87%.

Nos anos anteriores à municipalização a média anual de atendimentos ambulatoriais era de 116.400, sendo que 20.400 eram realizados nos postos de saúde e 96.000 nos ambulatórios hospitalares. Em 1997 foram realizadas 99.341 consultas médicas de pediatria, clínica médica e gineco-obstetrícia; 19.496 atendimentos médicos com procedimentos cirúrgicos ambulatoriais; 42.575 consultas médicas especializadas; totalizando 161.412 atendimentos médicos ambulatoriais, dos quais 102.000 na rede de postos de saúde.

Os atendimentos por profissionais não médicos, onde se incluem enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais, auxiliares de enfermagem e agentes comunitários de saúde, praticamente dobraram nos últimos três anos (de 61.029 em 1995 para 105.128 em 1997), sendo que os executados pelo município praticamente triplicaram (de 38.420 para 85.391); nesse período, ocorreu pequeno aumento nos atendimentos de prestadores privados (de 2.702 para 3.757), e um pequeno decréscimo nos de prestadores filantrópicos (de 19.907 para 15.980). O aumento da participação pública nestas atividades fica claro, já que além do importante aumento em números absolutos, também ocorreu uma mudança na proporção: em 1995, o setor público realizava 67,6% destes procedimentos, passando em 1997 para 81,23% (Brasil, 1998).



### 3.3.3 Atenção a grupos especiais

A identificação de grupos populacionais que necessitam de atenção específica tem levado os serviços a organizar atividades dirigidas.

As atividades não são, necessariamente, sobre doenças ou orientações preventivas específicas da saúde. Estas estão presentes, por exemplo, no caso da parceria com a ADISA - Associação de Diabéticos de Santa Rosa - que recebe orientações e apoio com material para as reuniões. Mas atividades como a do Grupo de Idosos do Posto Cruzeiro têm como objetivo integrar as pessoas da terceira idade do bairro e melhorar a sua qualidade de vida. Eventualmente são realizadas atividades específicas de saúde, utilizando métodos participativos como a dramatização.

Outros exemplos de atenção a grupos específicos são: atividades em conjunto com a Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais, principalmente garantindo atendimento médico, psicológico e odontológico; atendimento médico à população carcerária, no posto de saúde mais próximo do presídio. As atividades coletivas, como orientações sobre doenças sexualmente transmissíveis e AIDS, são realizadas no próprio presídio; os atendimentos odontológicos também são realizados no presídio, visto haver disponibilidade de equipamento.

### 3.4 Inovação na gestão, processos decisórios e provisão de serviços

Nos itens anteriores fica claramente expresso o grau de mudança introduzido com relação às práticas anteriores. Quanto à gestão, a principal mudança ocorrida foi o setor público responsabilizar-se pelo gerenciamento de todas as ações e serviços de saúde, na perspectiva de que somente desta forma seria possível efetivar a inovação política, redirecionando a prioridade dos gastos do sistema para a atenção básica, com enfoque integral, em detrimento da centralidade da atenção hospitalar.

#### Impacto sobre a qualidade de vida

O impacto sobre a qualidade de vida pode ser identificado pela melhoria de indicadores de saúde, obtida principalmente pelas ações de promoção da saúde, como redução da Taxa de Mortalidade Infantil - de 19,1 em 1991 para 10,4 nos últimos 12 meses, tendo sido de 8,9 em 1996; ou o aumento da cobertura vacinal, como já mencionamos.

No entanto, a possibilidade de acesso gratuito a serviços curativos e resolutivos deve ser considerada como fundamental em municípios, como Santa Rosa, em que o pagamento pela atenção à saúde em situações de crise, pela população rural e urbana de baixa renda, é um importante fator de empobrecimento, tanto desta população quanto do município. Por exemplo, a necessidade de pagar por um parto pode levar uma família que possui 3 ou 4 hectares de terra e uma vaca a vender a vaca e 1 hectare; ou a costureira a vender sua máquina de costura, se algum membro da família necessitar de cirurgia. Relatos de situações como estas são bastante freqüentes e preocupantes, não apenas no município em foco, como em muitos outros municípios do interior do RS. Portanto, ter a situação de doença resolvida de forma gratuita também é um importante fator para a qualidade de vida e para o desenvolvimento social de um município como Santa Rosa, evitando que o retorno à saúde se dê às custas de outras funções valorizadas.

#### Viabilidade técnica e financeira

Até o presente, os atores participantes do SUS - Santa Rosa têm-se mostrado bastante capazes de equacionar soluções para os problemas gerenciais e de atenção à saúde. Parte expressiva do contingente de profissionais de nível superior do município possui cursos de pós-graduação (um mestre em epidemiologia, outro em serviço social, e onze especialistas em saúde pública), o que tem sido determinante para garantir a ênfase na integralidade e a clareza quanto à política de saúde que está sendo implantada. No entanto, inclusive como consequência dos avanços obtidos e da complexidade resultante, os gestores estão identificando a necessidade de aumentar a qualificação gerencial de coordenadores de Distritos, bem como de profissionais de setores da administração central; para tanto, estão em andamento tratativas com uma Universidade regional, visando operacionalizar tal capacitação. Fica evidente a importância dada à qualificação técnica e, principalmente, à capacidade de perceber pontos de estrangulamento, que podem constituir impedimentos para o avanço do processo, bem como o encaminhamento de formas para superá-los.

Do ponto de vista financeiro, o sistema é mantido através do aporte de recursos de diferentes fontes, gerenciados pelo Fundo Municipal de Saúde. No ano de 1997, o total de recursos financeiros foi de R\$ 9.848.390,566, sendo 27,97% do orçamento municipal, 71,21% do Governo Federal e 0,82% de outras fontes. O montante repassado pelo governo federal está estabelecido no convênio de municipalização, sendo feito por transferência direta ao Fundo.

#### Descentralização e democratização das decisões

O processo de participação da população já foi descrito anteriormente (vide item 5.2). Com relação à participação dos servidores, é interessante mencionar a afirmação de uma odontóloga: "No momento da escolha dos técnicos, a Prefeitura não se preocupou em selecionar profissionais com a mesma linha que ela. Além disso, deixa os técnicos trabalharem, ouvindo-os e respaldando seu trabalho. Quem dá a linha para a saúde em Santa Rosa não é a Prefeitura em si, mas seus profissionais, servidores municipais, que estabelecem a orientação geral".

A elaboração dos programas da rede municipal foi coordenada pelo diretor do Departamento de Planejamento e Informação, e realizada com a participação dos profissionais da rede básica, em busca de um maior engajamento das equipes no desenvolvimento e revisão das ações previstas. A reflexão sobre o andamento destes programas, e a observação de itens que deviam ser modificados, excluídos ou acrescentados, permitiu que cada equipe fizesse as correções de trajetória necessárias e tivesse programas cada vez mais adequados à realidade de cada unidade. As situações diversas em cada Distrito Sanitário impõem que os programas sejam flexíveis, de tal forma que, seguindo as mesmas orientações gerais, cada equipe possa adaptá-los à sua realidade, conseguindo assim melhores resultados e maior satisfação, tanto da população atendida quanto dos profissionais do serviço.

Como os profissionais de nível superior apresentassem maior tendência de participação em situações de tomada de decisão, foi elaborada uma estratégia para estimular os profissionais de nível médio a ocuparem um espaço maior na equipe, dando opiniões e decidindo com os demais. Parte desta estratégia foi o Programa de Educação Continuada, descrito mais adiante.

Atualmente muitos profissionais participam das reuniões do Conselho Municipal de Saúde, onde todos os presentes têm direito à voz, sendo este um espaço importante para a troca de informações e para conhecer melhor as demandas e posicionamentos dos usuários.

## Articulação com o setor privado

Podem ser identificados momentos distintos no decorrer da implantação da municipalização.

Inicialmente, no período da gestão incipiente, houve um aumento tímido da rede básica com a contratação de poucos profissionais, que se somaram à municipalização dos oriundos da Secretaria Estadual de Saúde e do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social. A seguir, com a gestão semiplena e a possibilidade de gerenciar todo o sistema de saúde no município, houve um aumento mais intensivo da rede básica, a contratação de um maior número de profissionais, a negociação de valores diferenciados para o pagamento de procedimentos ambulatoriais aos prestadores privados de serviço, e o enfrentamento dos prestadores que habitualmente realizavam cobranças adicionais dos pacientes, isto é, cobranças de pacientes que deveriam ser atendidos de forma gratuita, conforme previsto pelo SUS. Ou seja, foi se estabelecendo uma relação mais transparente, sendo exigindo dos prestadores o encerramento de cobranças irregulares, sem deixar de reconhecer, contudo, a necessidade de melhorar os valores pagos pelos serviços prestados.

A maioria dos serviços e dos profissionais privados adotou uma posição contrária ao sistema, com várias tentativas de interromper o atendimento, acontecendo até um descredenciamento em massa de médicos do SUS, numa tentativa de inviabilizar as mudanças que vinham acontecendo e que retiravam privilégios que estavam consagrados pela prática, à revelia da lei e em prejuízo do cidadão. Frente ao impasse, o vínculo estabelecido pela administração municipal com a comunidade, e a disposição para enfrentar as dificuldades, constituíram importantes apoios a medidas para superar a situação e implementar as reformas. Dentre as medidas tomadas, cabe destacar a operação de devolução, por parte da Prefeitura, dos valores pagos pela população, cobrados indevidamente pelos prestadores de serviços; a Prefeitura passou a descontar os referidos valores das faturas dos prestadores, com o apoio fundamental do Ministério Público.

Também deve ser mencionado que os postos de saúde tinham suas ações muito centradas nos médicos, que em sua grande maioria eram favoráveis à posição dos colegas do setor privado; tal fato contribuía para a baixa resolutividade da rede básica e para a necessidade de comprar serviços na rede conveniada.

Com a contratação de profissionais com dedicação exclusiva (ver a seguir) e a composição de equipes multiprofissionais em todas as unidades, entraram no sistema profissionais que não apenas tinham uma formação mais adequada - com ênfase em medicina geral e comunitária - para a atenção primária à saúde, como também se posicionaram como aliados para a implantação de um sistema público eficiente e resolutivo. Isto ficou evidente na participação dos profissionais na composição e no trabalho em equipes, na busca de soluções de acordo com a realidade de cada Distrito, na participação para a implementação da territorialização da saúde, e nas reuniões com a comunidade e com o Conselho Municipal de Saúde.

O Prefeito Municipal, que assumiu em 1997, prometeu manter as mudanças na área da saúde. Já no início de seu mandato houve sinalização dos prestadores de serviços de que estavam dispostos a negociar e cooperar. Tal atitude permitiu que o sistema fosse consolidado; o contexto mais favorável também permitiu implementar melhorias no sistema de gerenciamento, aumentar a resolutividade da rede básica, diminuir a dependência dos prestadores privados, e aumentar a confiança da população nos serviços da rede pública. Foram adotadas, então, várias medidas

racionalizadoras e foi, novamente, aumentado o número de profissionais privados dispostos a atender pelo SUS. Também os serviços de diagnóstico e terapia voltaram a se interessar pela demanda do SUS. Ao mesmo tempo, outros serviços foram abertos na cidade, oferecendo-se para prestar atenção ao sistema. Isto permitiu que a contratação de serviços fosse discutida com os prestadores, inclusive com a redução de alguns valores da antiga tabela, devido à competição entre profissionais e serviços, mantendo-se, entretanto, valores acima da tabela nacional do SUS.

Esta nova relação com os prestadores trouxe benefícios para os usuários. No caso dos laboratórios de análises clínicas, terminaram as dificuldades impostas aos usuários do sistema público, como o estabelecimento de exames apenas em horários pré-determinados (após os particulares) ou salas diferenciadas para o atendimento. A marcação de consultas especializadas passou a ser feita nos postos de saúde, e agora o paciente só precisa se deslocar ao serviço no dia da consulta. São poucos os relatos de cobranças complementares.

#### Formação e qualificação dos servidores

Conforme já referido, a qualificação dos profissionais de nível superior é bastante boa, considerando o contexto do Estado e do Brasil. Além disto, convênios com Universidades da região permitem fazer da rede de saúde área própria para estágios, o que também funciona como meio de atualização dos serviços. Existem convênios para estágios de cursos de graduação na área de enfermagem, com a Universidade de Ijuí e Universidade Federal de Santa Maria; e na de psicologia com a Universidade Regional Integrada de Santo Ângelo. Com a Universidade de Ijuí, outro convênio operacionaliza (em Santa Rosa) um curso de auxiliar de enfermagem, que permite a vários profissionais da rede exercer a docência e repassar conhecimentos. Um acordo de cooperação técnica com o Serviço de Saúde Comunitária do Grupo Hospitalar Conceição (com sede em Porto Alegre - capital do Estado), proporciona a ida de residentes de medicina comunitária para Santa Rosa e de enfermeiras da Fundação para treinamento em Porto Alegre. Está em andamento um processo para um curso de residência em medicina comunitária, em conjunto com a Universidade de Ijuí e com a Secretaria Estadual de Saúde, a ser realizado em Santa Rosa.

Os auxiliares de saúde têm a sua disposição um Programa de Educação Continuada, com o objetivo de permitir a integração entre os profissionais que atuam na rede básica, instrumentalizar os auxiliares em assuntos técnicos, e envolver os profissionais com as discussões sobre a política de saúde que norteia a construção do SUS no município. São realizados encontros mensais, no horário de trabalho, com rodízio entre os auxiliares das diversas unidades. Os profissionais de nível superior também participam em sistema de rodízio, para apoiar o desenvolvimento dos temas tratados e aumentar a integração. São exemplos de temas: saúde e sociedade, legislação do SUS, planejamento dos serviços, aleitamento materno e alimentação de zero a 1 ano, saúde mental, saneamento básico, etc.

Os agentes comunitários de saúde têm reuniões semanais de educação continuada com a instrutora de cada Distrito de saúde, que é enfermeira, contando com a eventual participação do respectivo médico e dentista; e mensalmente uma reunião de todos os 44 agentes com a coordenadora municipal do programa. São revisados assuntos referentes a cuidados básicos à saúde, prevenção e promoção da saúde, ações dirigidas a patologias específicas mais prevalentes nas estações do ano, ou referentes à organização e funcionamento do sistema de saúde.

Os médicos têm reuniões semanais para discussões sobre assuntos relacionados à clínica médica, em horário fora do expediente, por iniciativa própria. Os enfermeiros mantêm reunião mensal com as mesmas características; no período de definição das rotinas de assistência do enfermeiro na atenção primária (que permite a estes profissionais solicitar exames e prescrever medicamentos previstos nos programas), as reuniões chegaram a ser semanais; o conjunto de reuniões facilitou e aumentou a realização de vários serviços, como a realização do pré-natal, exames ginecológicos e outros, aumentando a capacidade de atendimento resolutivo da unidade, além de uma maior disponibilidade de consultas médicas.

As psicólogas e a assistente social, que estão trabalhando mais próximas da saúde mental, também fazem reuniões semanais de avaliação do programa e de pacientes, tanto do ponto de vista clínico, como de encaminhamentos do tratamento.

#### Valorização dos servidores

O principal objetivo para a criação da Fundação Municipal de Saúde foi permitir um sistema de remuneração compatível com a permanência dos profissionais em tempo integral na rede pública, bem como a ausência de vínculos com o setor privado.

Como diz a presidente do Conselho Municipal de Saúde: "a dedicação exclusiva garante que o médico, principalmente, não tenha ambigüidade de trabalhar no privado e no público, eliminando-se, assim, tanto a pressa em sair do serviço público para atender no consultório, quanto o encaminhamento de pacientes para a clínica privada". De acordo com o segundo vice-presidente do Conselho, "o interesse do profissional com dedicação exclusiva é fazer com que o paciente saia com seu problema resolvido, ele não tem interesse de repassar para outro colega se puder resolver no seu serviço".

A realização de um concurso público, que colocava como requisito a dedicação exclusiva, levou a um perfil de candidatos que buscam a realização profissional no trabalho com saúde pública. A remuneração da dedicação exclusiva é feita através de um adicional de 300% sobre o salário básico para médicos e odontólogos, e de 150% para enfermeiros.

De acordo com o diretor do Departamento de Planejamento e Informação: "A dedicação exclusiva é uma das pedras fundamentais do sistema, porque os profissionais vestem a camisa e têm uma realização pessoal e financeira. Pela própria estrutura do serviço, trabalhando com epidemiologia, vendo os resultados no coletivo e não só no individual, tendo uma retaguarda que garante a resolutividade - com medicamentos e serviços de maior complexidade, a realização da pessoa é muito maior e implica no reconhecimento de que seu trabalho está contribuindo para que o sistema dê certo".

Portanto, a valorização pode se expressar tanto do ponto de vista da remuneração quanto do reconhecimento do seu trabalho como fundamental, incluindo ainda o sentir-se ator pela participação no processo de tomada de decisões.

#### Sistemas de apoio à decisão

No que se refere à estrutura do processo de decisão do SUS - Santa Rosa, o órgão máximo é a Conferência Municipal de Saúde, que se realiza anualmente com grande participação popular e com o objetivo de deliberar sobre a política municipal de saúde; segue-se, em ordem hierárquica, o Conselho Municipal de Saúde, o Conselho

Diretor da Fundação e Comissão de Coordenação da Fundação (chefes dos Departamentos e do Serviço, e coordenadores dos Distritos Sanitários).

O sistema de informações, que apóia o processo de decisão, tem sua base nos postos de saúde, interligados entre si e com o Departamento de Planejamento e Informação, em rede. Assim, os índices de morbidade, que levam a população ao serviço, são monitorados constantemente, bem como as internações hospitalares e suas causas, os índices de cobertura de pré-natal, etc. A demanda reprimida é avaliada pela procura de unidades fora dos Distritos Sanitários de origem do usuário, e pela procura dos serviços de pronto atendimento por motivos que poderiam ter sido atendidos na rede básica. O sistema local de informações está conectado a cinco sistemas nacionais - nascidos vivos, mortalidade, doenças de notificação compulsória, produção ambulatorial e produção hospitalar.

As informações são processadas no Departamento de Planejamento e Informação, com envio para os postos de dados mensais, com exceção dos dados do sistema de Nascidos Vivos, com as informações sobre peso ao nascer, tipo de parto, realização de pré-natal, idade e condições sócio-econômico-culturais da mãe, que são enviados semanalmente para o posto da área de residência da parturiente. Isto permite a busca das crianças de risco, como filhos de mães adolescentes, prematuros ou de baixo peso ao nascer.

Além disto, são utilizados indicadores sócio-econômicos, principalmente a partir do trabalho dos agentes comunitários de saúde junto às famílias cadastradas e dos dados dos prontuários nos postos de saúde.

#### Sistema de avaliação de desempenho

O município criou o Serviço de Revisão e Auditoria somente em 1996, com a estruturação física e de pessoal somente se completando em 1997. Neste ano foram elaborados novos contratos com os prestadores privados e as ações do serviço foram orientadas para estabelecer normas de revisão e auditoria compatíveis com tais contratos. O serviço é responsável pela manutenção e atualização do cadastro de prestadores; pela vistoria, supervisão, inspeção e auditoria de todos os serviços, autorização prévia das internações hospitalares e dos procedimentos de alto custo, e análise dos relatórios dos prestadores.

Na área ambulatorial foi priorizada a revisão dos Boletins de Produção Ambulatorial, documento apresentado pelos prestadores para comprovar a realização de cada procedimento, e para orientar os serviços no cumprimento das normas. Na área hospitalar foram identificadas as áreas com maior número de internações e as de maior carência. A partir destas informações foram planejadas ações para mudar a situação; por exemplo, foram reduzidas as internações por doenças bronco-pulmonares e aumentadas às cirurgias eletivas.

No entanto, o SUS - Santa Rosa ainda não desenvolveu formas de monitoramento sistemático das suas próprias atividades, o que dificulta não apenas o processo de decisão, como também não permite identificar em que medida alterações introduzidas nos serviços impactam, e de que forma, os indicadores de saúde e a qualidade de vida da população.

#### Racionalização dos custos

A evolução dos gastos com serviços contratados não demonstra reduções importantes, a não ser nos gastos com internações hospitalares, que correspondiam a uma média mensal de 31,7%, do total do gasto com saúde no SUS - Santa Rosa, em 1995, e a 22,6% nos meses de 1998. O gasto com serviços ambulatoriais contratados aumentou de 30,1%, em 1995, para 34,8% na média mensal de 1998; essa mudança na compra de serviços expressa a nova direcionalidade da política de saúde. O total dos gastos com o setor privado foi reduzido de 61,8% em 1995, para 57,4% nos meses de 1998. Porém, a maior racionalização nestes gastos só pode ser compreendida se for ligada ao aumento no número de procedimentos realizados e de pessoas atendidas (como já foi descrito no item 5.3), como também à proibição da prática de cobranças irregulares.

A racionalização no uso dos recursos financeiros pode ainda ser exemplificada com a Lista Básica de Medicamentos, realização de exames nos postos de saúde e mudanças realizadas no Pronto Socorro Noturno.

O fornecimento de medicamentos vinha sendo realizado nos postos com fármacos adquiridos pela Prefeitura através de licitação. Eram realizados cadastros para os pacientes que faziam uso de medicamentos contínuos, sendo estes adquiridos numa farmácia conveniada e fornecidos aos pacientes. Analisando os medicamentos adquiridos pelo período de três meses, foi constatado que os postos dispunham da maioria dos mesmos, principalmente quando se levava em consideração os princípios ativos. Foi proposta ao Conselho Municipal de Saúde uma Lista Básica que atendesse a maior parte das patologias, bem como a padronização da prescrição para o fornecimento. A Fundação Municipal de Saúde apresentou uma lista como proposta e foi formada uma comissão de cinco médicos, indicada pelo Conselho, que analisou e fez mudanças. Esta nova lista voltou ao Conselho, tendo sido aprovada. Para complementação de itens ausentes da Lista Básica a Fundação realiza avaliação técnica e avaliação social, uma vez que o Conselho deliberou pela prioridade de fornecimento de medicamentos aos mais carentes. Os gastos com medicação passaram de uma média mensal de R\$ 60.000,00 para R\$ 35.000,00, sem prejuízo à população.

Foram adquiridos Kits para testes de gravidez, dosagem de glicemia e exames qualitativos de urina para a realização de exames nos postos; foi constatado que os resultados obtidos com estas técnicas têm valor similar aos realizados em laboratórios e que a possibilidade de obter resultado imediato evitava repetição de consultas, deslocamentos desnecessários, ausências de serviço e outras dificuldades. Mesmo considerando uma perda de 30% nos exames disponíveis em cada Kit, há uma redução de mais de 50% no valor do exame. Por exemplo, o custo unitário do teste de gravidez fica em torno de R\$ 0,60, incluindo as perdas. Foi criado um plantão de Pronto Atendimento no Posto de Saúde Cruzeiro, durante a noite, em função de estar localizado em um bairro populoso e distante do centro, onde se localizam os dois hospitais e respectivo Pronto Socorro. O serviço era conveniado com os prestadores privados de serviço por um valor fixo de R\$ 6.800,00 e mais a fatura dos procedimentos - em torno de R\$ 7.500,00, totalizando aproximadamente R\$ 14.300,00 mensais. Este serviço não era resolutivo, servindo apenas como porta de entrada para o sistema de referência e contra-referência, e havia um número muito grande de solicitações de exames que eram, na verdade, transcrições de exames solicitados em consultórios particulares ou de pacientes de plano-seguros de saúde que só cobrem a consulta médica. Ou seja, o profissional contratado utilizava o serviço para dar vazão a exames para seus pacientes particulares. Foi realizado um estudo de demanda que mostrou a possibilidade de diminuir o número de horas de plantão (a partir de uma hora eram raros os atendimentos). Foi também encaminhado Projeto de Lei para a Câmara de Vereadores criando um adicional por plantão noturno para os profissionais da Fundação com contrato de dedicação exclusiva. Desta forma, o

funcionamento do plantão passou a ser integrado com o dos postos de saúde, terminando o desvio de recursos (na nova sistemática a fatura dos procedimentos é realizada a favor da Fundação); como resultado, aumentou a satisfação dos funcionários e seus proventos, e aumentou a resolutividade do atendimento. Com as mudanças o custo passou a ser de aproximadamente R\$ 6.500,00 mensais.

### Sustentabilidade e Replicabilidade

A análise da sustentabilidade deve considerar, em um primeiro momento, a legitimidade social da política de saúde, que se evidencia em diversas situações. Por exemplo, a aprovação da Lei que cria a Fundação Municipal de Saúde foi resultado de um movimento de mobilização popular, inclusive com uma grande manifestação na frente da Câmara de Vereadores no dia da votação.

Além desses momentos de evidente explícito ao processo, evidências do dia-a-dia também revelam a adesão da população. O reconhecimento das mudanças no modelo pode ser percebido com a crescente valorização, pela população, de que não somente o médico, mas também outros profissionais, inclusive os de nível médio, são capazes de ações resolutivas. Assim, está se tornando comum o usuário procurar o posto para ser atendido por profissionais não médicos. Isto é especialmente importante em uma cultura muito medicalizada, como a brasileira.

A possibilidade de acesso universal e gratuito é outro fator legitimador da política. Antes da sua implantação, segundo depoimento do presidente da Fundação, "o acesso a uma consulta ou internação, ou a redução do valor cobrado por elas, dependia do Vereador ou do Secretário, até do Prefeito; não havia uma política de saúde, havia uma política de favores".

No entanto, não podemos esquecer que o Brasil é um país com forte tradição patrimonialista, o que leva a duvidar que uma experiência, embora bem sucedida e legitimada pela população, com tão pouco tempo de implantação, tenha sido capaz de mudar padrões culturais de convivência da população com o poder público. Assim, todos os entrevistados alertam para riscos à continuidade da política de saúde, em caso de vitória da oposição nas próximas eleições municipais (no ano 2000, com posse em janeiro de 2001). De acordo com o diretor de Planejamento e Informação, o quadro político local é bastante complexo, em função do impacto da política de saúde nas relações de poder da cidade:

"Os políticos locais até hoje não têm noção do que seja o SUS. Eles, de certa forma, foram conduzidos. Viram que a coisa começou a dar certo e tiveram que incorporar isto no seu discurso. Então, temos muitas lideranças falando a favor sem entender o que é, tenho medo de que esses discursos sem respaldo comecem a mudar em caso de uma mudança na Prefeitura. (...) Vários grupos sociais têm interesse em que esta estrutura seja desmontada. O melhor exemplo é o dos médicos, que tiveram que baixar o preço das consultas particulares, hoje o preço médio é de R\$30,00, pela competição da rede pública. Ou seja, as pessoas percebem que o atendimento no posto de saúde é de boa qualidade e resolutivo, com acesso a exames e medicamentos necessários, e não se sujeitam mais a pagar entre R\$ 80,00 e R\$100,00 por uma consulta, mais os outros gastos. Os hospitais também tiveram seus ganhos bastantes reduzidos, o mesmo ocorreu com os laboratórios e as farmácias. Houve uma mudança das esferas de circulação de dinheiro na cidade. Então, estes grupos têm interesse de, na hora da eleição municipal, negociar apoio financeiro para um candidato que não seja comprometido com a manutenção do SUS



em Santa Rosa. E muitos candidatos estão dispostos a aceitar este apoio, até por convicções ideológicas."

Ou seja, a descentralização provocou, na área de saúde em Santa Rosa, uma mudança que contradiz a tendência detectada por alguns autores, de que este processo favoreça a sedimentação da dominação de grupos que, por riqueza ou status, já são poderosos no nível local (Smith, 1988). Paradoxalmente, esta qualidade da inovação é sua maior ameaça.

Outra ameaça constante se localiza dentro do próprio sistema de saúde, em função do movimento de recentralização liderado pelo Ministério da Saúde. A última Norma Operacional, emitida por este órgão em 1996, define que parte dos recursos repassados pelo governo federal para os municípios deve ser aplicado em atividades previamente estabelecidas pelo Ministério, visando implantar a focalização e a seletividade. Até este momento o SUS - Santa Rosa tem conseguido argumentar e demonstrar, pelas evidências dos seus bons resultados, que seria um retrocesso abandonar a perspectiva da integralidade e da atenção por equipe multidisciplinar, para implantar, em contrapartida (por exemplo), o modelo do Programa de Saúde da Família. Espera-se que a relação de forças não se altere e que o governo municipal consiga continuar fazendo prevalecer seus argumentos frente à tecno-burocracia federal. Este mesmo tipo de confronto tem ocorrido em relação à Secretaria Estadual de Saúde, que vem agindo como uma espécie de guardião das normas federais.

Pode-se ainda acrescentar que a sustentabilidade do modelo, na atual conjuntura, também depende da continuidade e avanço do processo. Para tanto, é preciso que o gestor municipal implemente algumas atividades importantes, como o monitoramento das ações e serviços públicos com avaliação de resultados, para o qual um sistema de informação de base geográfica seria muito útil. É igualmente importante conseguir levar adiante as atividades de capacitação gerencial dos profissionais, tanto do nível central quanto da rede, incluindo a capacitação em planejamento para enfrentar problemas, para evitar (por exemplo) a submissão às normas que o gestor estadual tenta impor aos municípios para funcionamento dos programas de saúde.

Quanto à replicabilidade, é interessante mencionar que o SUS - Santa Rosa atingiu uma imagem pública muito boa em todo o Estado do RS, tendo funcionado como uma espécie de espaço-demonstração do que é possível realizar por um município como Santa Rosa. Assim, a visita de prefeitos e secretários municipais de outros locais é bastante freqüente.

Isto nos encaminha para considerar que aspectos chave da inovação gerencial ocorrida em Santa Rosa podem ser replicados em outros municípios, mesmo de outras regiões do Brasil:

O primeiro deles se refere à clareza quanto ao modelo de atenção a ser implantado. Em nenhum momento, desde 1993, foi colocado em dúvida que o eixo central era romper com o modelo hospitalocêntrico - na palavra de um dos médicos, "não adianta ser universal e gratuito se continuar sendo hospitalocêntrico". Assim, o princípio da integralidade da atenção, juntamente com o da universalidade e gratuidade no acesso, funciona como imagem objetivo que orienta a direcionalidade das decisões e das alianças necessárias, mesmo nos momentos de maior crise. A atenção a grupos especiais pode ser feita de forma simples, integrada a rede de serviços, não implicando em esforços adicionais para o sistema e repercutindo em importantes ganhos de cidadania para grupos sociais em situação de desvantagem.

Sem a aliança com a população não teria sido possível enfrentar atores sociais bastante poderosos no nível local. Portanto, não basta ter um Conselho Municipal de Saúde funcionando apenas do ponto de vista formal, por ser uma exigência legal para a municipalização. É preciso que este Conselho de fato delibere sobre a política e esteja informado sobre todas as etapas do processo, sendo parte ativa e fundamental do processo de tomada de decisão e de acompanhamento do sistema. A valorização dos profissionais de saúde, tanto do ponto de vista da remuneração quanto da parceria no decorrer do processo, é outro aspecto fundamental. Fica bastante claro o papel que os profissionais com dedicação exclusiva desempenham no sistema. No caso de Santa Rosa, sua entrada constituiu momento marcante, de redirecionamento nos rumos, considerando a viabilização do modelo de atenção almejado e a própria racionalização dos custos. Ou seja, fica claro que o aumento das despesas com os profissionais da Fundação é mais do que compensado pela redução de custos em outros pontos do sistema.

Embora não exista nenhuma Universidade com sede em Santa Rosa, esta experiência demonstra a possibilidade de articulação com instituições de formação de pessoal para a área de saúde na região e mesmo em nível estadual.

Medidas simples de racionalização dos gastos mostram o quanto o setor público pode fazer nesta área, contradizendo a perspectiva que condena este setor à ineficiência e vê como única saída à adoção de modelos economicistas, com base na competição de mercado. Este caso demonstra, inclusive, o papel que o setor público desempenha para reduzir os preços cobrados pelo setor privado, competindo com este.

#### Considerações Finais

Este estudo demonstra não apenas que é possível ao gestor municipal diferenciar-se em termos de qualidade e eficiência, mesmo se inserido em um Sistema Nacional que vem impondo sucessivas dificuldades à efetiva implementação do SUS e, em especial, à efetiva descentralização. Ele também demonstra que a descentralização, de fato, pode ser um meio para a democratização e para a atuação da cidadania, decidindo e provocando mudanças. Reforça, portanto, a vertente progressista e sua concepção de descentralização como forma de reformar o aparelho estatal, conferindo-lhe maior eficiência e reformulando as relações do Estado com a sociedade, em especial com relação à prática patrimonialista longamente estabelecida.

Consideramos, portanto, o SUS - Santa Rosa como uma experiência que inova nos aspectos que nos dispomos a considerar neste estudo, com algumas limitações que ainda precisam ser superadas em alguns itens. Esta experiência tem sua sustentabilidade muito vinculada ao processo eleitoral (o que é bastante característico no Brasil), mas a legitimidade da política junto à população e a outros gestores municipais pode ser importante fator para interferir em uma eventual tentativa de desmonte do sistema. Além disto, a experiência é transferível para outros locais, uma vez que se desenvolveu sobre opções simples e claras.

Na verdade, o SUS - Santa Rosa não rompeu com qualquer paradigma no que se refere à atenção à saúde, tendo apenas implantado uma concepção amplamente desenvolvida e difundida. A inovação está em que este modelo, quando implantado, implica em um deslocamento de poder entre os atores que compõem o espaço institucional do setor de saúde, e a forma de enfrentar as reações decorrentes foi estabelecer uma forte parceria com os cidadãos.

## Referências Bibliográficas

ARAUJO JÚNIOR, J. L. A. C. Attempts to decentralize in recent Brazilian Health Policy: issues and problems, 1988-1994. *International Journal of Health Services*, v.27, n.1, p.109-124, 1997.

ARRETCHE, M. T. S. Tendências no estudo sobre avaliação. In: RICO, E. M. (Org.) *Avaliação de Políticas Sociais: uma questão em debate*. São Paulo: Cortez Ed., 1998.

BRASIL. Ministério da Saúde. DATASUS. Dados disponíveis na Internet - [datasus.gov.br](http://datasus.gov.br). Jul. 1998.

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil de 5 de outubro de 1988. Rio de Janeiro: FAE, 1988.

CEPAL. *Transformación productiva con equidad*. Santiago: CEPAL, 1990.

CURBELO, J. L. Economía política de la descentralización y planificación del desarrollo regional. *Pensamiento Iberoamericano*, n.10, p.69-82, jul./dez. 1986.

DALLARI, S. Descentralização versus municipalização. *Saúde em Debate*, n.35, p.39-42, jul.1992.

DRAIBE, S. M. e HENRIQUE, W. "Welfare State", crise e gestão da crise: um balanço da literatura internacional. In: *Revista Brasileira de Ciências Sociais*, v.3, n.6, p.53-78, fev.1988.

DRAIBE, S. M. A política social na América Latina: o que ensinam as experiências recentes de Reforma. In: DINIZ, E. e AZEVEDO, S. de (Orgs.) *Reforma do Estado e democracia no Brasil*. Brasília: UNB/ENAP, 1997.

DRAIBE, S. M. Reforma do Estado e descentralização: a experiência recente da política brasileira de ensino fundamental. Apresentado no Seminário Internacional sobre Reestruturação e Reforma do Estado: Brasil e América Latina no Contexto da Globalização. FIA/FCA-USP. São Paulo, maio de 1998.

FACHIN, R. e CHANLAT, A. A problemática do governo municipal na América Latina e a necessidade de (re)inventar as práticas administrativas e políticas. In: FACHIN, R. e CHANLAT, A. (Orgs) *Governo municipal na América Latina: inovações e perplexidades*. Porto Alegre: UFRGS/Sulina, 1998.

FARAH, M. F. S. Reforma de políticas sociais no Brasil: experiências recentes de governos subnacionais. *Revista de Administração da USP*, v.33, n.1, p.51-59, jan./mar.1998a.

FARAH, M. F. S. Reforma de políticas sociais no Brasil: iniciativas de governos estaduais e municipais. Apresentado no Seminário Internacional sobre Reestruturação e Reforma do Estado: Brasil e América Latina no Contexto da Globalização. FIA/FCA-USP. São Paulo: maio de 1998b.

FLEURY, S. et al. *Municipalização da saúde e poder local no Brasil*. Apresentado no ENANPAD, 1997.

HARRIS, R. L. Centralization and decentralization in Latin America. In: CHEEMA, G. e RONDINELLI, D. (Eds.) Policy implementation in developing countries. Beverly Hills: Sage, 1983.

HARTLEY, J. F. Case studies in organizational research. In: CASSEL, C. e SYMON, G. (Eds.) Qualitative methods in organizational research: a practical guide. London: Sage, 1995.

INOJOSA, R. M. Intersetorialidade e a configuração de um novo paradigma organizacional. In: Revista de Administração Pública, v.32, n.2, p.35-48, mar./abr. 1988.

JUNQUEIRA, L. A. P. Descentralização e intersetorialidade: a construção de um modelo de gestão municipal. In: Revista de Administração Pública, v.32, n.2, p.11-22, mar./abr. 1988.

KLIKSBERG, B. El rediseño del Estado para el desarrollo socioeconómico y el cambio: una agenda estratégica para la discusión. In: KLIKSBERG, B. (Org.) El rediseño del Estado: una perspectiva internacional. México: Fondo de Cultura Económica, 1994.

KLIKSBERG, B. A modernização do Estado para o desenvolvimento social: algumas questões-chaves. In: Revista de Administração Pública, v.10, n.1, p.78-91, jan./fev.1996.

MELO, M. A. As sete vidas da agenda pública brasileira. In: RICO, E. M. (Org.) Avaliação de Políticas Sociais: uma questão em debate. São Paulo: Cortez Ed., 1998.

MELLO, D. L. de O Governo Municipal Brasileiro: uma visão comparativa com outros países. In: Revista de Administração Pública, v.27, n.4, p.36-53, dez.1993.

MENDES, E. V. Distritos Sanitários: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde. São Paulo: HUCITEC, 1995.

MENDES, E. V. Uma agenda para a saúde. São Paulo: HUCITEC, 1996.

MOTTA, P. R. Transformação organizacional: a teoria e a prática de inovar. Rio de Janeiro: Qualitymark, 1998.

RODRÍGUEZ, C. G. Democracia y participación ciudadana: en busca de la equidad o de nuevos recursos? In: Revista Mexicana de Sociología, n.3, p.191-203, 1994.

SEN, A. Inequality reexamined. Oxford: Oxford University Press, 1992.

SILVA, P. L. B. e COSTA, V. L. C. Descentralização e crise da federação. In: AFFONSO, R. de B. A. e SILVA, P. L. B. A federação em perspectiva: ensaios selecionados. São Paulo: FUNDAP, 1995.

SMITH, B. C. Bureaucracy and political power. Brighton: Weatsheaf, 1988.

VIANNA, S. M. A descentralização tutelada. Saúde em Debate, n.35, p.35-38, 1992.

FONTE: Evento: Concurso de Monografias do Congresso "Administração Pública e Reforma do Estado"

Local: Centro Latinoamericano de Apoyo al Desarrollo (CLAD) - Madrid

Data: Outubro de 1998

Publicação: [Escola de Administração - UFRGS](#)

Rua Boa Vista, 401 Cx. Postal 1040 - Santa Rosa/RS CEP 98900-000

Fone/Fax: (55)3512 6122



## ANEXO D – Boletim Epidemiológico



FUMSSAR - Fundação Municipal de Saúde de Santa Rosa - Nº 01 - 2005

### Apresentação

Informações confiáveis são muito importantes no sistema de saúde. Por isso é necessário o envolvimento de todos os profissionais que trabalham na produção da informação. Esta participação deve se dar desde o preenchimento de fichas e formulários, até a compilação e análise dos dados e na produção de relatórios a serem utilizados por toda a equipe.

Na FUMSSAR as informações das estatísticas vitais, relativas aos nascimentos e aos óbitos estão a cargo do Departamento de Planejamento e Informações em Saúde e as informações relativas à morbidade e às imunizações estão a cargo do Departamento de Vigilância Sanitária.

Neste boletim serão publicadas informações referentes às estatísticas de nascimento, das campanhas de vacinação e vacinas de rotina, da vigilância epidemiológica, da

morbidade e da mortalidade no município de Santa Rosa. Serão apresentados dados de 2004, comparativos com anos anteriores e análises organizadas por Distrito Sanitário.

Na página da FUMSSAR na Internet estarão disponíveis dados complementares que, por limitação de espaço, não puderam ser aqui incluídos.

Ressaltamos que a elaboração deste boletim só foi possível graças aos dados oriundos dos diversos formulários e fichas preenchidos pelos trabalhadores dos serviços de saúde no município de Santa Rosa. É importante salientar que na totalização dos dados pelo Estado poderão ser observados números ligeiramente diferentes em função de nascimentos e óbitos de residentes no município ocorridos em outras localidades.

### Características Epidemiológicas do Nascimento em Santa Rosa

Os dados dos nascimentos são obtidos da Declaração de Nascimento Vivo, que é preenchida para cada criança que nasce. Os dados são coletados, revisados e digitados no Sistema de Informações de Nascidos Vivos (SINASC).

O número de nascimentos em Santa Rosa nos últimos anos parece estar estabilizado em pouco mais de 850 crianças por ano. Estes números significam uma redução de mais de 30% em relação a este mesmo período em meados dos anos 90. Os dados obti-

dos do SINASC mostram que quase a totalidade das crianças nasce no hospital e o percentual de crianças com baixo peso ao nascer (abaixo de 2500g) vem diminuindo sendo de 4,2% em 2004. A gravidez na adolescência, identificada pelo número de partos em mulheres com menos de 20 anos, apresentou redução na década analisada ficando em 16,3% em 2004 QUADRO 1.

Constatou-se um aumento gradativo e continuado na cobertura do pré-natal. Quase a totalidade das mulheres

realiza o pré-natal e a maioria inicia o acompanhamento ainda no primeiro trimestre da gestação como recomendado. Em 2004, 84,5% das mulheres realizaram sete ou mais consultas de Pré Natal. Este aumento da cobertura pode ser atribuído ao estabelecimento do protocolo que permite ao enfermeiro a realização da atenção ao pré-natal de baixo risco. O número de cesarianas, contudo, continua extremamente elevado, mais da metade dos nascimentos em Santa Rosa ocorreu por parto cirúrgico QUADRO 1.

Quadro 1. Principais Indicadores de Saúde SINASC. Santa Rosa 1995 a 2004.

INDICADOR	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004
Nº de Nascidos Vivos	1.360	1.296	1.257	1.166	1.193	1.152	1.039	866	854	877
Percentual de Partos Hospitalares	99,5	99,8	99,8	99,8	99,7	99,8	99,8	100	99,9	99,9
Percentual de Baixo Peso ao Nascer	7,6	8,4	7,6	7,1	8,4	6,4	6,6	6,8	5,2	4,2
Percentual de Gestantes Menores de 20 anos	20,11	9,8	19,7	18,3	18,8	17,8	17,2	16,5	14,6	16,3
Percentual de Partos Normais	50,1	48,3	49,9	48,5	54,4	52,3	51,6	54,3	50,4	47,1
Percentual de Pré-Natal com 7 Consultas ou mais	43,6	44,8	28,2	60,6	71,1	79,1	81,8	83,8	85,8	84,5

Fonte: SINASC – Santa Rosa



As tabelas 1 e 2 mostram a distribuição das variáveis pré-natal, tipo de parto, peso ao nascer, idade e escolaridade da mãe de acordo com o distrito de saúde de residência da

mãe. São observadas variações importantes entre os distritos e que podem ser atribuídas principalmente às diferenças sócio-econômicas das populações residentes.

**Tabela 1. Nascimentos de acordo com idade e escolaridade da mãe por Distrito Sanitário. Santa Rosa, 2004.**

DISTRITO	IDADE DA MÃE				ESCOLARIDADE DA MÃE				TOTAL										
	< 20	20 a 24	25 a 34	35 a 39	40 a 44	1 a 3 anos	4 a 7 anos	8 a 11anos		12 anos									
AGRÍCOLA	9	25,7%	12	34,3%	10	28,6%	3	8,6%	1	2,9%	2	5,7%	14	40,0%	17	48,6%	1	2,9%	35
AUXILIADORA	20	26,7%	18	24,0%	28	37,3%	7	9,3%	2	2,7%	8	10,7%	32	42,7%	30	40,0%	4	5,3%	75
BEATRIZ/OLIVEIRA	12	13,2%	17	18,7%	53	58,2%	7	7,7%	2	2,2%	2	2,2%	24	26,4%	50	54,9%	12	13,2%	91
BELA UNIÃO	1	4,5%	10	45,5%	9	40,9%	2	9,1%	0	0,0%	1	4,5%	10	45,5%	11	50,0%	0	0,0%	22
CENTRO	7	8,8%	15	18,8%	32	40,0%	21	26,3%	5	6,3%	0	0,0%	12	15,0%	43	53,8%	22	27,5%	80
CRUZEIRO	22	29,7%	12	16,2%	35	47,3%	4	5,4%	1	1,4%	5	6,8%	36	48,6%	29	39,2%	4	5,4%	74
CRUZEIRO DO SUL	13	29,5%	9	20,5%	11	25,0%	9	20,5%	2	4,5%	1	2,3%	22	50,0%	19	43,2%	0	0,0%	44
ESPERANÇA	9	12,3%	19	26,0%	37	50,7%	7	9,6%	1	1,4%	0	0,0%	17	23,3%	36	49,3%	14	19,2%	73
GLÓRIA	4	5,6%	18	25,0%	37	51,4%	9	12,5%	4	5,6%	0	0,0%	22	30,6%	42	58,3%	6	8,3%	72
PEREIRA	11	18,0%	13	21,3%	30	49,2%	4	6,6%	3	4,9%	2	3,3%	21	34,4%	36	59,0%	1	1,6%	61
PLANALTO	9	15,0%	16	26,7%	27	45,0%	4	6,7%	4	6,7%	2	3,3%	17	28,3%	35	58,3%	2	3,3%	60
SETE DE SETEMBRO	2	6,1%	11	33,3%	14	42,4%	4	12,1%	2	6,1%	1	3,0%	16	48,5%	16	48,5%	0	0,0%	33
SULINA	23	16,0%	36	25,0%	61	42,4%	17	11,8%	7	4,9%	2	1,4%	49	34,0%	82	56,9%	9	6,3%	144
TOTAL	142	16,4%	206	23,8%	384	44,4%	98	11,3%	34	3,9%	26	3,0%	292	33,8%	446	51,6%	75	8,7%	864

Fonte: SINASC – Santa Rosa

**Tabela 2. Nascimentos de acordo com o Pré-natal, tipo de parto e peso ao nascer por Distrito Sanitário. Santa Rosa, 2004.**

DISTRITO	TIPO DE PARTO		PESO AO NASCER (G)				CONSULTAS PRÉ-NATAL			TOTAL											
	Normal	Cesário	Até 2499	2500 a 2999	3000 a 3999	4000 a +	Nenhuma	1 a 3	4 a 6		7 a +										
AGRÍCOLA	21	60,0%	14	40,0%	2	5,7%	5	14,3%	27	77,1%	1	2,9%	0	0,0%	0	0,0%	5	14,3%	30	85,7%	35
AUXILIADORA	44	58,7%	31	41,3%	5	6,7%	20	26,7%	46	61,3%	4	5,3%	0	0,0%	1	1,3%	12	16,0%	62	82,7%	75
BEATRIZ/OLIVEIRA	38	41,8%	53	58,2%	7	7,7%	25	27,5%	48	52,7%	11	12,1%	0	0,0%	0	0,0%	4	4,4%	87	95,6%	91
BELA UNIÃO	17	77,3%	5	22,7%	3	13,6%	2	9,1%	13	59,1%	4	18,2%	0	0,0%	0	0,0%	1	4,5%	21	95,5%	22
CENTRO	16	20,0%	64	80,0%	2	2,5%	16	20,0%	58	72,5%	4	5,0%	0	0,0%	1	1,3%	7	8,8%	72	90,0%	80
CRUZEIRO	38	51,4%	36	48,6%	3	4,1%	15	20,3%	53	71,6%	3	4,1%	0	0,0%	3	4,1%	9	12,2%	62	83,8%	74
CRUZEIRO DO SUL	23	52,3%	21	47,7%	2	4,5%	11	25,0%	29	65,9%	2	4,5%	0	0,0%	0	0,0%	9	20,5%	35	79,5%	44
ESPERANÇA	28	38,4%	45	61,6%	5	6,8%	11	15,1%	52	71,2%	5	6,8%	0	0,0%	1	1,4%	10	13,7%	62	84,9%	73
GLÓRIA	33	45,8%	39	54,2%	1	1,4%	22	30,6%	44	61,1%	5	6,9%	0	0,0%	1	1,4%	8	11,1%	63	87,5%	72
PEREIRA	28	45,9%	33	54,1%	3	4,9%	15	24,6%	41	67,2%	2	3,3%	0	0,0%	2	3,3%	12	19,7%	47	77,0%	61
PLANALTO	32	53,3%	28	46,7%	0	0,0%	16	26,7%	36	60,0%	8	13,3%	0	0,0%	2	3,3%	11	18,3%	47	78,3%	60
SETE DE SETEMBRO	18	54,5%	15	45,5%	0	0,0%	3	9,1%	25	75,8%	5	15,2%	0	0,0%	1	3,0%	7	21,2%	25	75,8%	33
SULINA	73	50,7%	71	49,3%	8	5,6%	37	25,7%	88	61,1%	11	7,6%	2	1,4%	5	3,5%	20	13,9%	117	81,3%	144
TOTAL	409	47,3%	455	52,7%	41	4,7%	198	22,9%	64,8%	65	7,5%	2	0,2%	17	2,0%	115	13,3%	730	84,5%	864	

Fonte: SINASC – Santa Rosa



## Programa de Imunizações

### Vacinas de rotina

O controle das doenças através da vacinação exige uma política de Imunizações eficiente. O Programa Nacional de Imunizações (PNI) tem como meta aplicar todas as vacinas indicadas em 100% das crianças menores de um ano.

Para avaliar a cobertura dos imunobiológicos em menores de um ano de idade consideramos a realização da terceira dose das vacinas da pólio, tetravalente e Hepatite B. As informações são obtidas dos boletins enviados de cada Posto de Saúde, que são lançados no Programa Nacional de Imunobiológicos. Daí a importância de os vacinadores realizarem o registro adequado e o envio oportuno das informações para o setor de vigilância epidemiológica.

As coberturas obtidas para as vacinas analisadas garantem a prevenção destas doenças em Santa Rosa e estão de acordo com as metas pactuadas com o nível estadual e federal QUADRO 2. Observamos, entretanto, pequenas diferenças nas coberturas da Hepatite

B quando comparada com a Pólio e com a Tetravalente. As causas para a menor cobertura para vacina da Hepatite B ainda não estão bem esclarecidas (problemas no registro? Crianças não vacinadas?), contudo, é evidente a necessidade de atenção a este assunto tanto para vacinadores e demais profissionais de saúde, como para a população em geral, especialmente os pais e responsáveis por crianças menores de um ano de idade.

Observamos maior cobertura da BCG (avaliadas pela 1ª dose) do que

das demais vacinas (avaliadas pela 3ª dose) QUADRO 2. Uma explicação possível para o fato é que algumas famílias utilizam o sistema de saúde em Santa Rosa apenas para realizar o acompanhamento pré-natal e o parto, retornando depois às suas respectivas cidades.

Também é importante garantir altas coberturas das vacinas Hepatite B e Dupla Adulto em adultos jovens, evitando assim que estas pessoas venham a adoecer por problemas 100% preveníveis.

**Quadro 2. Comparativo das vacinas de rotina em crianças menores de 01 ano de idade. Santa Rosa**

Vacina	2002			2003			2004		
	Meta	Doses aplicadas	Cobertura %	Meta	Doses aplicadas	Cobertura %	Meta	Doses aplicadas	Cobertura %
BCG	866	841	97,1	866	863	99,6	868	948	109,0
Tetravalente*	866	479	55,0	866	814	94,0	868	848	98,0
Pólio	866	846	97,7	866	817	94,3	868	849	98,0
Hepatite B	866	809	93,4	866	817	94,3	868	809	93,0

Fonte: API/ Santa Rosa.

\*: No ano de 2002 o esquema básico da DTP e Hib foram trocadas pela vacina tetravalente. Isto explica a baixa cobertura da tetravalente no ano de 2002.

## Campanhas de Vacinação

### Campanha de vacinação contra a pólio (1ª etapa e 2ª etapa)

Foram aplicadas mais de 4.700 doses em cada uma das etapas da campanha de vacinação contra a paralisia infantil, atingindo taxas de cobertura próximas a 90%, o que consideramos satisfatório, sem esquecer, entretanto,

que o objetivo é vacinar 100% das crianças, QUADRO 3. Esta situação nos faz refletir o porque das diferentes coberturas entre a vacinação de rotina e as campanhas de vacinação em crianças menores de 05 anos.

**Quadro 3. Comparativo das campanhas de vacina da pólio dos anos de 2002, 2003, 2004 do município de Santa Rosa:**

	2002			2003			2004		
	Meta	Doses aplicadas	Cobertura %	Meta	Doses aplicadas	Cobertura %	Meta	Doses aplicadas	Cobertura %
Pólio 1ª etapa	5.362	5.029	93,8	5.115	4.744	92,7	5.251	4.628	88,0
Pólio 2ª etapa	5.362	5.038	93,9	5.115	4.757	93,0	5.251	4.710	90,0

Fonte: API/ Santa Rosa.

### Campanha de Vacina contra o Sarampo

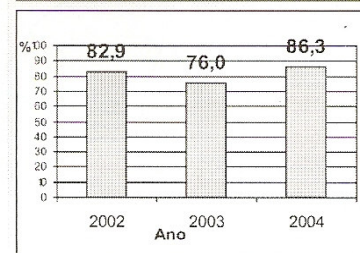
Aconteceu no mês de agosto de 2004 em conjunto com a 2ª etapa da campanha da pólio. Tendo como objetivo imunizar, com a vacina tríplice viral, 4.371 crianças entre 12 e 48 meses, e adicio-

nar um reforço da vacina aos 4 anos no calendário básico de vacinação. Foi atingida cobertura de 89%, um pouco abaixo da meta estabelecida pelo ministério da saúde.

### Campanha de Vacinação ao Idoso/2004

A vacina contra a Influenza (gripe) foi aplicada em todos os Postos de Saúde de Santa Rosa, atingindo 86% das pessoas acima de 60 anos, ultrapassando a meta de 70% estabelecida pelo Ministério da Saúde. GRÁFICO 1.

**Gráfico 1. Cobertura atingida na Campanha do Idoso. Santa Rosa, 2002, 2003 e 2004.**



Fonte: API/ Santa Rosa.



## Vigilância Epidemiológica

Considerada um importante instrumento para o planejamento, a organização e a operacionalização dos serviços de saúde, a vigilância epidemiológica constitui um conjunto de ações que proporcionam o conhecimento e a detecção de qualquer mudança nos fatores determinantes da saúde individual ou coletiva, recomendando medidas de prevenção e controle dos agravos e fornecendo as orientações técnicas para a execução destas ações.

Nesse sentido, a vigilância epidemiológica desenvolve atividades na coleta, processamento, análise e interpretação dos dados, na recomendação e na promoção das medidas de controle, na avaliação das medidas tomadas e na divulgação das informações coletadas.

Para que isto aconteça, é importante que os profissionais da saúde estejam sensibilizados e reconheçam a importância destas informações para o sistema de vigilância epidemiológica, notificando, por-

tanto, qualquer suspeita do agravo para que as medidas de controle possam ser efetuadas. Sem este trabalho não é possível avaliar o comportamento das doenças de notifica-

ção compulsória em nosso município. No município, a responsabilidade de coleta dos dados esta a cargo das equipes dos Postos de Saúde e da equipe da vigilância epidemiológica.

**Quadro 4. Principais agravos de notificação compulsória notificados e investigados. Santa Rosa, 2004.**

Agravos	Nº de notificações	Nº de investigações	Nº de casos confirmados	Nº de casos pendentes
Atendimento anti rábico humano	168	168	---	00
Ac. com animais peçonhentos	22	22	---	00
Coqueluche	01	01	00	00
Dengue	03	03	00	00
Doença exantemática*	05	05	00	00
DST	44	---	---	00
Hantavirose	01	01	00	00
Hepatite viral	70	70	19	01
Leptospirose	21	21	02	00
Malária	01	01	00	00
Meningite	17	17	16	00
Tétano acidental	01	01	01	00
Toxoplasmose	48	48	02	00
Tuberculose	10	10	10	00
Varicela	35	00	00	00
<b>Total</b>	<b>447</b>	<b>368</b>	<b>50</b>	<b>01</b>

\*Sarampo e Rubéola

Fonte: Sinan/2004.

## Situação de alguns agravos de notificação compulsória

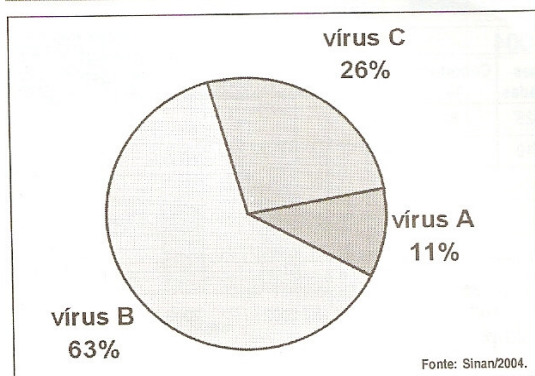
### Hepatite Viral:

No ano de 2004 tivemos 70 casos de hepatite viral notificados. Destes, dezenove foram confirmados (QUADRO 4), sendo que doze foram ca-

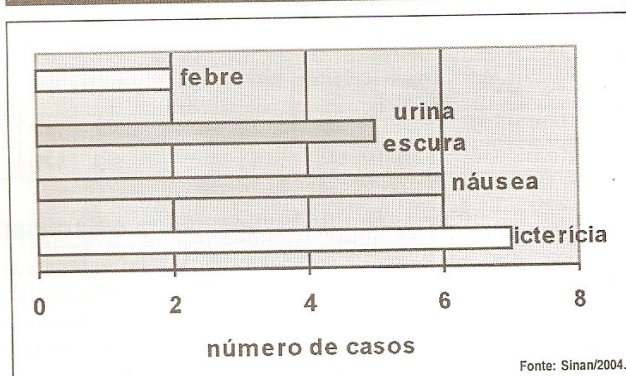
sos de hepatite B, cinco casos de hepatite C e dois de hepatite A (GRÁFICO 2). É importante salientar que a maioria dos casos investigados era assintomáticos, com exceção dos casos de hepatite A, e fo-

ram descobertos nas triagens do Hemocentro ou em consultas de rotina. Dos casos sintomáticos, os principais sintomas encontrados foram: icterícia, náuseas, vômito e colúria (GRÁFICO 3).

**Gráfico 2. Casos de hepatite viral por agente etiológico. Santa Rosa, 2004.**



**Gráfico 3. Sintomas mais frequentes nos casos de hepatites virais. Santa Rosa, 2004.**

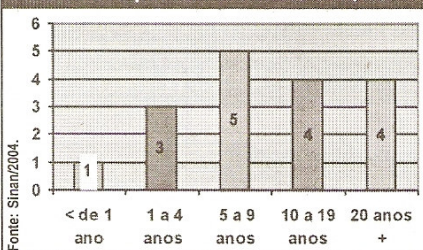




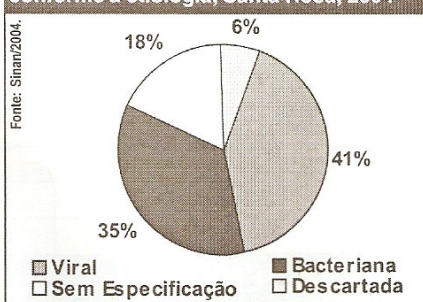
## Meningite

Os casos de meningite em Santa Rosa foram, em sua maioria, em pacientes maiores de 01 ano de idade (GRÁFICO 4) e apresentaram etiologia variada, sendo as meningites de causa viral as mais frequentes, seguidas das com etiologia bacteriana (GRÁFICO 5). No ano de 2004, uma infecção meningocócica registrada numa criança evoluiu ao óbito.

**Gráfico 4. Casos de meningite distribuídos por idade. Santa Rosa, 2004**



**Gráfico 5. Número de casos de meningite conforme a etiologia, Santa Rosa, 2004**



## Leptospirose

Foram investigados 21 casos de leptospirose e dois foram confirmados através da sorologia. Os locais relacionados como prováveis fontes de contaminação foram: margens de rio, rede de esgoto e galpão de armazenamento de sementes TABELA 3.

**Tabela 3. Casos notificados de leptospirose de acordo com a situação de risco para o agravo. Santa Rosa, 2004.**

Situação de exposição de risco	Nº de casos	%
Água de rio (margens)	07	33%
Galpões	02	10%
Lavoura	02	10%
Criação de animais	02	10%
Contato direto com roedores	02	10%
Contato com lixo	02	10%
Não referiu situação de risco	04	19%
<b>Total</b>	<b>21</b>	<b>100%</b>

Fonte: Sinan/2004.

## Estatísticas de Mortalidade

As informações sobre a mortalidade são obtidas das Declarações de Óbito (DO). Após o recebimento das DOs do cartório é realizado um processo de codificação e qualificação da causa básica da morte. São obtidas informações complementares junto aos médicos, ao IML e através dos registros de ocorrência das polícias civil e militar. Também são feitas investigações pelas equipes de saúde dos Postos para todos os óbitos fatais,

crianças menores de 5 anos, mulheres em idade fértil, câncer de mama e colo de útero. Após são digitadas no Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM).

O grupo das doenças do aparelho cardíaco-circulatório foi a principal causa de óbito em 2004. O aumento dos óbitos por neoplasia observado em 2003 não se repetiu, retornando aos patamares anteriores na faixa dos 20%. A mortalidade proporcional por cau-

sas externas apresenta leve diminuição em relação ao observado nos anos anteriores QUADRO 5. No entanto, as causas externas se destacam na faixa etária de 1 à 49 anos sendo responsáveis por quase a metade dos óbitos entre os homens. Nos óbitos ocorridos em pessoas com mais de 50 anos de idade as principais causas foram as doenças do aparelho cardíaco-circulatório, atingindo um percentual superior a 40% entre os maiores de 70 anos.

**Quadro 5. Principais Indicadores de Saúde - Mortalidade. Santa Rosa 1995 a 2004.**

Indicador	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004
Nº de Óbitos	404	369	371	403	409	405	375	424	386	458
Percentual de óbitos por causas										
1. Córdio-circulatórias	37,1	37,1	35,3	35,2	35,2	35,1	31,5	30,0	30,8	34,1
2. Neoplasias	16,1	16,0	21,3	17,6	22,0	20,2	20,0	19,3	27,2	20,7
3. Respiratórias	12,1	17,3	10,2	16,9	14,4	16,0	16,5	15,3	13,5	14,6
4. Externas	14,9	9,7	9,7	11,4	6,6	8,9	8,3	9,7	10,6	7,6
5. Doença infec./parasitárias	1,5	3,5	3,5	2,0	1,7	1,9	2,9	2,8	3,1	0,7
Percentual de Óbitos com causa Mal Definida	0,7	1,6	0,8	2,0	1,2	1,7	0,5	1,6	1,8	2,2
Coefficiente Mortalidade Geral	6,7	5,9	5,8	6,1	6,1	6,2	5,7	6,4	5,7	6,8
Coefficiente Mortalidade Infantil	13,2	6,9	19,9	9,4	14,3	18,2	11,5	12,7	11,7	13,7
Coefficiente Mortalidade Neonatal	10,3	3,1	14,3	2,6	11,7	13,9	9,6	6,9	7,0	4,6
Coefficiente Mortalidade Infantil Tardia	2,9	3,9	5,6	6,9	2,5	4,3	1,9	5,8	4,7	9,1

Fonte: SIM-Santa Rosa



Quando analisadas individualmente, os Acidentes Vasculares Cerebrais – AVC -, ou doenças cérebro vasculares, são as principais causas de óbito tanto em homens como em mulheres, respondendo por cerca de 10% dos óbitos. Nos homens destacam-se ainda as doenças pulmonares crônicas e as neoplasias de pulmão ligadas à maior prevalência de tabagismo no sexo masculino, ainda os infartos agudos do miocárdio e os acidentes de trânsito responsáveis por cerca de 4% dos óbitos masculinos. Nas mulheres, aparecem as insuficiências cardíacas, as doenças hipertensivas e as pneumonias entre outras TABELA 4.

Cabe destacar que a maioria dos óbitos ocorre acima dos 50 anos de idade, representando 80% dos óbitos masculinos e chegando a 87% entre as mulheres. Estes dados demonstram que a população do município está vivendo por mais tempo, como podemos constatar no aumento na expectativa de vida ao nascer (GRÁFICO 6) que aumentou de 69,2 anos no triênio 80-82 para 72,7 em 2002-2004. O mesmo gráfico mostra maior sobrevida no sexo feminino ao longo dos anos.

Tabela 4. Principais causas de óbito por sexo, Santa Rosa, 2004.

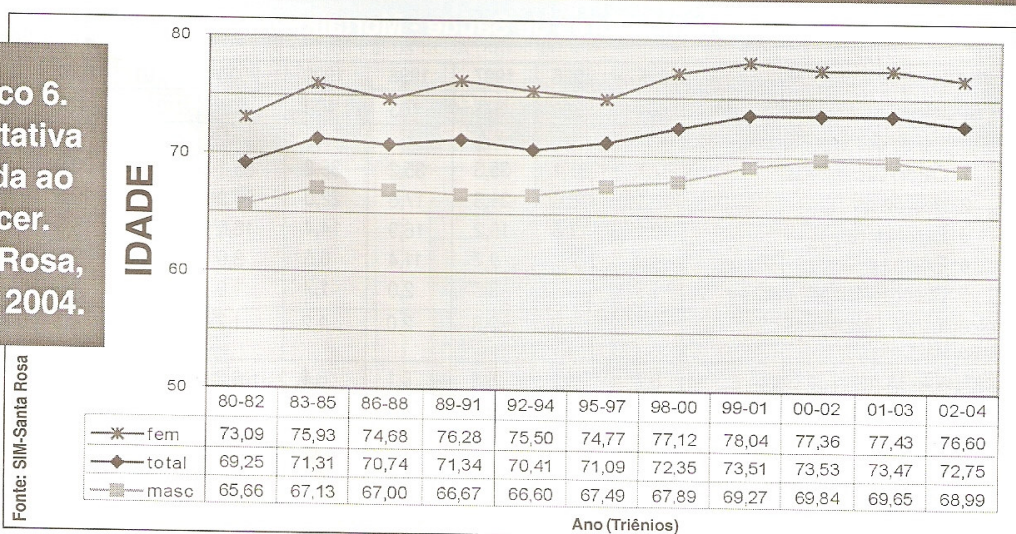
MASCULINO			
	CAUSA_CID	n	%
1	Doença cerebrovascular (AVC)	28	10,6%
2	Doenças pulmonares obstrutivas crônicas	27	10,2%
3	Infarto Agudo do Miocárdio	21	8,0%
4	Acidente de Trânsito	11	4,2%
5	Neoplasia de Próstata	10	3,8%
6	Neopl maligna dos brônquios e dos pulmões	10	3,0%
7	Doenças do fígado	8	3,0%
8	Diabetes	8	3,0%
9	Doença isquêmica crônica do coração	8	3,0%
10	Insuficiência cardíaca	8	3,0%
	Outras	125	47,3%
	<b>TOTAL</b>	<b>264</b>	<b>100,0%</b>

FEMININO			
	CAUSA_CID	n	%
1	Doença cerebrovascular (AVC)	20	10,3%
2	Insuficiência cardíaca	15	7,7%
3	Doenças hipertensivas	13	6,7%
4	Pneumonia	13	6,7%
5	Doenças pulmonares obstrutivas crônicas	10	5,2%
6	Infarto agudo do miocárdio	10	5,2%
7	Diabetes mellitus	9	4,6%
8	Perinatais	8	4,1%
9	Neopl maligna da mama	7	3,6%
10	Doença isquêmica crônica do coração	5	2,6%
	Outras	84	43,3%
	<b>TOTAL</b>	<b>194</b>	<b>100,0%</b>

Fonte: SIM-Santa Rosa

Gráfico 6. Expectativa de Vida ao Nascer. Santa Rosa, 1980 a 2004.





## Óbitos por Doenças do Aparelho Cárdio-Circulatório

Neste boletim serão analisados mais detalhadamente os óbitos por doenças do aparelho circulatório por serem os mais frequentes. Na página da FUMSSAR na internet ([www.fumssar.com.br](http://www.fumssar.com.br)) podem ser encontradas análises detalhadas de outros grupos de causas.

As doenças do aparelho cardíaco-circulatório corresponderam a 34,1% dos óbitos em 2004 (Quadro 5). Foram 156 mortes sendo 84 em homens e 72 em mulheres. As principais doenças foram as cerebrovasculares em ambos os sexos, nota-se que aconteceram em idade avançada, sendo que entre as mulheres quase a metade ocorre acima dos 80 anos de idade. Entre os homens destacam-se também os Infartos Agudos do miocárdio que respondem por 25% dos óbitos e acontecem na sua maioria antes dos 70 anos de idade. Entre as mulheres chamam atenção os óbitos por insuficiência cardíaca e os relacionados com doença hipertensiva, sendo que as últimas aparecem em faixas etárias mais novas (QUADRO 6).

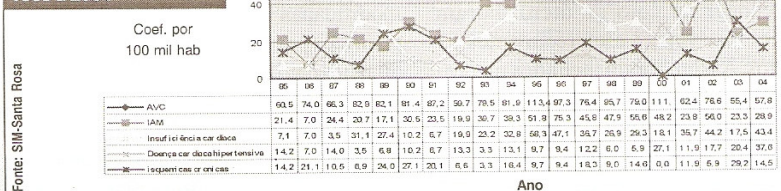
Realizamos também uma análise da evolução dos Coeficientes de Mortalidade Específicos para as principais doenças do aparelho cardíaco-circulatório nos últimos 20 anos (o cálculo de coeficientes nos permite estimar o número de óbitos para cada 100 mil habitantes). Observamos que o AVC apresenta tendência de aumento desde o início dos anos 90, atingindo o coeficiente de 84,5 a cada 100.000 habitantes em 2004 para o sexo masculino. Já entre o sexo feminino a tendência é de queda sendo em 2004 igual a 57,8 por 100.000 habitantes. Os homens apresentam coeficiente de mortalidade por Infarto Agudo do Miocárdio duas vezes maior do que as mulheres em 2004 (63,4 e 28,9 respectivamente). Entre as mulheres observamos chama atenção o crescimento das doenças hipertensivas nos últimos anos levando a um coeficiente específico de óbitos de 43,4 por 100.000 mulheres em Santa Rosa GRÁFICO 7 e 8.

**Quadro 6. Distribuição dos Óbitos por Doenças do Aparelho Circulatório de acordo com Sexo e Idade. Santa Rosa, 2004.**

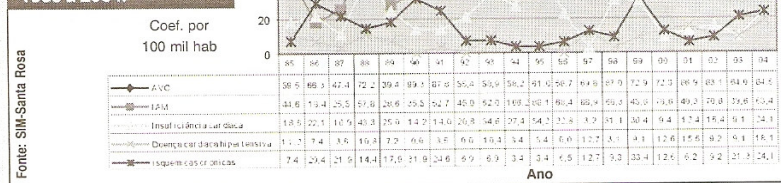
Causa (CID10 3C)	Idade						Total	%
	30-39	40-49	50-59	60-69	70-79	80 e+		
AVC e Seq de AVC	0	1	3	7	21	16	48	30,8%
Masc	0	0	2	4	15	7	28	33,3%
Fem	0	1	1	3	6	9	20	27,8%
Infarto Agudo do Miocárdio	3	4	6	7	5	6	31	19,9%
Masc	2	4	2	7	3	3	21	25,0%
Fem	1	0	4	0	2	3	10	13,9%
Insuficiência Cardíaca	0	0	2	2	5	14	23	14,7%
Masc	0	0	0	2	2	4	8	9,5%
Fem	0	0	2	0	3	10	15	20,8%
Hipertensão e Doença card hipertensiva	0	0	1	5	8	5	19	12,2%
Masc	0	0	0	1	3	2	6	7,1%
Fem	0	0	1	4	5	3	13	18,1%
Doença isquêmica crônica do coração	0	0	1	6	3	3	13	8,3%
Masc	0	0	1	5	2	0	8	9,5%
Fem	0	0	0	1	1	3	5	6,9%
Afeções das artérias (incl fleb e ateroscl)	0	0	1	2	2	2	7	4,5%
Masc	0	0	1	2	1	0	4	4,8%
Fem	0	0	0	0	1	2	3	4,2%
Outr form de doenças cardíacas	1	0	1	3	4	6	15	9,6%
Masc	0	0	0	2	4	3	9	10,7%
Fem	1	0	1	1	0	3	6	8,3%
Total	4	5	15	32	48	52	156	100,0%
Masc	2	4	6	23	30	19	84	100,0%
Fem	2	1	9	9	18	33	72	100,0%

Fonte: SIM-Santa Rosa

**Gráfico 7. Evolução do Coeficiente de Mortalidade por Doenças Cárdio-Circulatórias, Principais Causas, Sexo Feminino, Santa Rosa, 1985 a 2004**



**Gráfico 8. Evolução do Coeficiente de Mortalidade por Doenças Cárdio-Circulatórias, Principais Causas, Sexo Masculino, Santa Rosa, 1985 a 2004.**





## ANEXO E – Notícia do Falecimento de “Orlando Baumgartner”

0 | Quarta-feira, 28/09/2005

Gazeta Regional

## OBITUÁRIO

# Morre Orlando Baumgartner

No sábado, em plena realização da 7ª Conferência Municipal de Saúde de Santa Rosa, um fato entristeceu os participantes. Um mal súbito levou ao óbito o delegado do Conselho Municipal de Saúde Orlando Baumgartner, 52 anos, que teve morte constatada no Hospital Vida & Saúde devido a uma parada cardíaca. Não foram as limitações físicas, que impediram o trabalho dedicado de Orlando a comunidade santa-rosense. Ele dedicou sua vida para questões que envolvessem bem estar social da população, principalmente na área destinada à saúde.

Orlando também foi integrante ativo da direção da comunidade do Bairro Planalto e da Fraternidade Cristã de Doentes e Deficientes Físicos do município. Foi um homem público, cheio de qualidades e sem ambições políticas. “Orlando era um grande homem e que fará muita falta para todos nós. Ele fazia a diferença”, diz Paulo Veiga, atual presidente da Associação dos Deficientes Físicos de Santa Rosa, Adefisa.

Paulo lembra também que Orlando foi um dos responsáveis pela criação da associação no município. “Ele ajudou a cons-



*Orlando Baumgartner*

truir e a escrever a história da Adefisa. Era incrível porque ele sempre encontrava uma forma de ajudar”, fala.

Orlando Baumgartner era aposentado e faleceu fazendo o que mais gostava. “Ele morreu trabalhando, mas fazendo aquilo que amava, buscando melhorias na área de saúde para toda a comunidade. Desde a municipalização da saúde ele esteve presente, atuando, dando idéias, brigando se fosse preciso, cobrando. A participação dele foi tão importante quanto todos os outros nomes que colaboraram para o desenvolvimento de Santa Rosa. Ele estava ali, da maneira dele, fazendo as coisas acontecerem. Fica o exemplo do homem honesto, responsável e dedicado”, finaliza Paulo.



## ANEXO F – Divulgação das Propostas da VII Conferência Municipal da Saúde

**ADAGASCAR” - Domingo 15h, 19h e 21h - Segunda 20h30min**

SAÚDE PÚBLICA

# Delegados querem conselho para ronda noturna em postos de saúde

7ª Conferência Municipal da Saúde teve propostas aprovadas

A construção de um posto de saúde na Vila Timbaúva e a formação de um conselho para fazer ronda noturna em postos de saúde foram duas das propostas aprovadas na 7ª Conferência Municipal de Saúde, realizada sábado e domingo no Centro Cívico Cultural. A construção do posto ainda não tem data prevista, e o conselho seria formado por representantes do Conselho Tutelar, Brigada Militar, Polícia Civil, Conselho Municipal de Saúde e Fundação Municipal de Saúde para fazer vistoria em postos à noite. “Existe reclamações de que há bebedeira e venda de fichas, e queremos averiguar isso”, diz o presidente do Conselho Municipal de Saúde e da conferência, Harri Friedrich.

A maioria das propostas aprovadas pelos cerca de 450 delegados teve origem nas 43 pré-conferências realizadas em diversos pontos da cidade e do interior. E cerca de 90% das propostas finalizadas pelos delegados, divididos em 15 grupos na tarde de sábado, foram aprovadas na íntegra ao final da conferência, no início da tarde de domingo – as demais, sofreram alguma modificação. Harri avalia positivamente o evento. “Houve um trabalho de conscientização por parte dos delegados no sentido de que a saúde no nosso município está num estágio bom, mas deve melhorar”, observa.

Uma questão que criou certa polêmica durante a conferência foi a Farmácia Popular, do governo federal, cuja instalação no município foi aprovada pelos delegados, apesar das alegações de que o dinheiro supostamente sairia do Sistema Único de Saúde (SUS). “Aos poucos, conselho e Fumssar, vamos fazer um trabalho para colocar em prática o que foi aprovado”, destaca Harri, lembrando que a maioria das deliberações da conferência anterior já foi colocada em prática.



Conferência foi realizada até o início da tarde de domingo

## Saúde bucal teve maior demanda

As cerca de 120 demandas aprovadas na 7ª Conferência Municipal de Saúde vão embasar o plano de saúde a ser executado no município nos próximos dois anos, segundo o presidente da Fundação Municipal de Saúde (Fumssar), Joel Faccin. “Vamos tentar, nos próximos dois anos, procurar atingir o maior número possível das metas estabelecidas”, afirma. Para ele, o evento obteve êxito devido à grande participação de delegados e à qualificação e maturidade do debate. “A conferência é um esforço da

comunidade, que é quem delibera, discute e decide. A comunidade está bem ciente do que quer e deseja”, observa.

De acordo com Faccin, a saúde bucal foi a maior demanda apontada na conferência. Os delegados reivindicaram mais consultas odontológicas nos postos de saúde. Ele também cita a sugestão de implantação de um conselho gestor junto a postos de saúde. “Os servidores e a comunidade sentariam para discutir as ações realizadas mês a mês”, explica.

### Algumas propostas aprovadas na conferência:

- realização de palestras sobre drogas e alcoolismo nas comunidades
- mais agilidade no encaminhamento das cirurgias eletivas
- mais rapidez nas consultas de especialistas
- disponibilização de cadeiras de rodas e macas nos postos de saúde
- mais atendimentos de odontólogos
- construção de banheiros externos nos postos que ainda não possuem
- criação de urnas de opinião pública nos postos de saúde
- mais organização no agendamento e mais fichas diárias para consultas médicas
- construção de abrigos aos usuários nos postos que não possuem
- aumentar as especialidades oferecidas nos atendimentos de média e alta complexidade
- aumentar a cobertura dos agentes comunitários de saúde.



## **ANEXO G - Relatório Final da VII Conferência Municipal de Saúde de Santa Rosa**

# **7ª Conferencia Municipal de Saúde**

## **RELATÓRIO FINAL**

### **Saúde, Cidadania e Políticas Públicas**

- 1 - Providenciar a colocação de um telefone público de fácil acesso à comunidade da Vila Esperança.
- 2 - Solicitar à Brigada Militar que melhore o policiamento ostensivo próximo aos Postos de Saúde, principalmente nas Vilas Cruzeiro do Sul e Vicente Cardoso e nos outros Postos conforme necessidade.
- 3 - Criar um mecanismo juntamente com o Conselho Tutelar, Brigada Militar, Polícia Civil, própria comunidade, Promotoria Pública e outros órgãos de segurança pública para que o usuário tenha uma melhor segurança durante a noite e visando coibir a venda de fichas.
- 4 - Reivindicar ao Poder Público a instalação de lixeiras para recolhimento de lixo próximo aos Postos de Saúde.
- 5 - Encaminhar solicitação a Secretaria de Obras para manutenção e melhoramento das estradas que dão acesso aos Postos de Saúde do interior.
- 6 - Encaminhar solicitação a Secretaria de Obras para estudo e viabilidade de construção de calçamento em frente ao Posto Avançado de Saúde de Lajeado Manchinha.
- 7 - Em parceria com instituições de ensino, viabilizar curso de residência nas áreas de medicina e áreas multiprofissionais.
- 8 - Sugerir para que a Secretaria Municipal de Educação incentive trabalho de reeducação alimentar junto as escolas, voltado aos cuidados com a merenda escolar.

### **Controle Social**

- 9 - Estimular a criação de Conselhos Gestores junto as Unidades de Saúde (Distritos Sanitários).
- 10 - Continuar com os encontros periódicos entre as equipes dos Postos de Saúde e a comunidade local, onde são discutidos e definidos, horário e critério para distribuição de fichas entre outros assuntos.
- 11 - Que os hospitais apresentem relatório financeiro mensal junto ao Conselho Municipal de Saúde dos incentivos financeiro repassados pela Fundação Municipal de Saúde.

### **Financiamento da Saúde**

- 12 - Exigir do Governo Federal a aplicação da CPMF, exclusivamente na área de saúde pública, adotando também um critério para divisão com os Estados e Municípios.
- 13 - Reivindicar o repasse de mais recursos por parte de todas as esferas de governo para a saúde pública de Santa Rosa.

- 14 - Criar um mecanismo legal, para que os municípios que encaminham pacientes para serem atendidos aqui em Santa Rosa, venham a contribuir financeiramente.
- 15 - Garantir recursos para investimentos em equipamentos, e manutenção dos mesmos para as Unidades Básicas de Saúde.
- 16 - Efetivar Comissão Técnica de Apoio aos Procedimentos de Licitação.
- 17 - Que seja mantida a Gestão Plena, buscando o incremento de recursos financeiros para a expansão dos serviços aos usuários.

## **Gestão e Organização dos Serviços de Saúde**

### **a) - Atendimento Hospitalar**

- 18 - Ter mais agilidade nos encaminhamentos das cirurgias eletivas.
- 19 - Ter mais rapidez nas cirurgias e consultas por especialistas.
- 20 - Aumentar as especialidades oferecidas nos atendimentos de média e alta complexidade, e manter as já existentes.
- 21 - Buscar o credenciamento do serviço de radioterapia para atendimento a usuários dos SUS.
- 22 - Contratar consultas médicas especializadas em otorrinolaringologia.

### **b) Postos de Saúde**

- 23 - Que os médicos dos Postos de Saúde mantenham contato com os médicos plantonistas dos hospitais, quando houver a necessidade de baixas hospitalares de usuários.
- 24 - Deixar fichas médicas disponíveis no Posto de Saúde da Vila Auxiliadora, para moradores da Vila Santa Inês, após discussão e deliberação em reunião junto a comunidade do Distrito de Saúde.
- 25 - Manter atendimento de médico Pediatra junto aos Postos de Saúde e/ou através de sistema de referência.
- 26 - Fazer a ampliação da estrutura do Posto de Saúde da Vila Balneária e transformá-lo em Distrito.
- 27 - Fazer com que haja mais organização no agendamento de fichas nos Postos de Saúde.
- 28 - Providenciar a construção de abrigos aos usuários nos Postos de Saúde que não possuem.
- 29 - Fazer com que haja mais agilidade nos atendimentos nos Postos de Saúde da Vila Glória e Cruzeiro.
- 30 - Dedicar um dia exclusivo para atendimento odontológico aos moradores da Vila Ibanês, no Posto de Saúde do CSU de Cruzeiro, após discussão e deliberação em reunião junto a comunidade do Distrito de Saúde.
- 31 - Reservar turno de atendimento dos profissionais médicos e dentistas, uma vez por mês, para as localidades que não possuem Posto de Saúde.
- 32 - Garantir a conclusão do Posto de Saúde até o final do ano de 2005 no Bairro Sulina.
- 33 - Recurso financeiro para conclusão da unidade de Guia Lopes e um dentista para atendimento.
- 34 - Manter agendamento de fichas nos Postos de Saúde para idosos.
- 35 - Aumentar o número de Equipes de Saúde Bucal.
- 36 - Disponibilizar cadeira de rodas e macas, em todos os Postos de Saúde que não contam com este equipamento ainda.
- 37 - Alterar o horário para tirar fichas, nas Vilas Bancários, Mainertz e Santos, após discussão e deliberação em reunião junto a comunidade do Distrito de Saúde.
- 38 - Ter atendimento odontológico, quinzenalmente, no Posto de Saúde de Esquina Candeia.



- 39 - Aumentar mais um turno de atendimento médico no Posto de Lajeado Manchinha, após discussão e deliberação em reunião junto a comunidade do Distrito de Saúde.
- 40 - Organizar o agendamento de fichas de consultas odontológicas para estudantes de acordo com o Protocolo de Saúde Bucal.
- 41 - Instalação de um gabinete odontológico para atender o Distrito de Cruzeiro do Sul e no Distrito da Pereira.
- 42 - Construção de um Posto de Saúde na Vila Timbaúva, conforme avaliação técnica pelo Conselho Municipal de Saúde.
- 43 - Troca do dentista de 20 horas do Posto da Saúde da Vila Sete de Setembro.
- 44 - Dentro das possibilidades e mediante avaliação junto ao Conselho Municipal de Saúde dê implantação de gabinete odontológico no Distrito da Agrícola.

c) Sistema Administrativo de Apoio

- 45 - Fazer com que a FUMSSAR disponibilize, quando necessário, uma ambulância, para atender as solicitações dos Postos de Saúde.
- 46 - Usar meios de comunicação para fins de esclarecimentos a toda população sobre os serviços e as ações prestadas pelo Sistema Único de Saúde, inclusive com o apoio do Conselho Municipal de Saúde.
- 47 - Realizar mais campanhas de conscientização para doação de sangue, visando um comprometimento maior de toda a comunidade.
- 48 - Fazer a atualização do Cartão do SUS com mais agilidade para sua entrega
- 49 - Criação de um setor de regulação, que contemple as atividades de autorização, controle, avaliação e auditoria.
- 50 - Que a ampliação da rede básica somente ocorra após adequação física, de equipamentos e de recursos humanos das unidades já existentes.
- 51 - Garantir que as contratações de pessoal permaneçam sendo feitas por concurso, que seja mantido o regime jurídico único estatutário.
- 52 - Disponibilizar urnas para coleta de sugestões, reclamações e denúncias junto aos Postos de Saúde.
- 53 - Planejar os investimentos conjuntamente com as equipes das Unidades Básicas de Saúde, e o Conselho Municipal de Saúde, para inclusão nos orçamentos anuais.
- 54 - Reativar a CIPA – Comissão Interna de Prevenção de Acidentes da FUMSSAR.
- 55 - Viabilizar transporte para grupos organizados de doadores de sangue, de Santa Rosa, para manutenção do Hemocentro Regional.
- 56 - Seja dado conhecimento, através do Conselho Municipal de Saúde, da contrapartida dos profissionais especialistas e qual o mecanismo de marcação das referidas consultas.

d) Sistema de referência e Contra-Referência

- 57 - Possibilitar um dia por semana para agendamento, entrega e recebimento dos exames, facilitando assim, o andamento das consultas médicas, após discussão e deliberação em reunião junto á comunidade do Distrito de Saúde.
- 58 - Agilizar os encaminhamentos dos casos de urgência.
- 59 - Facilitar a marcação de cirurgias eletivas.
- 60 - Contratar mais serviços especializados e eletivos.

## **Recursos Humanos para Saúde**

a)- Aumentos do Quadro de Funcionários

- 61 - Ampliação do quadro de profissionais, para os Postos de Saúde, com participação do Conselho Municipal de Saúde e ouvindo a opinião dos profissionais na decisão de prioridades.

62 - Criar o cargo de técnico de enfermagem, estudando a possibilidade de alteração de nível para os auxiliares de enfermagem.

63 - Observar a legislação quanto a forma de contratação dos Agentes Comunitários de Saúde.

b)- Qualificação dos Profissionais na Saúde

64 - Existência de médico substituto para cobertura das eventuais faltas nas unidades.

65 - Garantir a capacitação dos agentes de saúde.

66 - Fornecer material (pastas e uniforme) para os agentes de saúde.

67 - Desenvolver trabalhos de Humanização, sobretudo com funcionários dos Postos.

68 - Qualificar os funcionários sobre alcoolismo e drogas lícitas e ilícitas.

69 - Formular uma política de capacitação e qualificação dos recursos humanos da FUMSSAR.

70 - Implantação de uma política de capacitação de recursos humanos.

71 - Manutenção dos espaços de discussão: reunião de categoria, reunião de nível superior,...

72 - Criação do programa de saúde ocupacional para os servidores municipais.

73 - Rever os casos de profissionais da FUMSSAR, que tenham sido liberados para docência e/ou alteração de horário para exercício de outras atividades, se estão dentro da lei e, apresentação de relatório junto ao Conselho Municipal de Saúde.

74 - Que se mantenha a dedicação exclusiva dos profissionais da FUMSSAR.

## **Atenção Integral à Saúde**

75 - Garantir realização de visitas domiciliares.

76 - Fazer com que haja consultas de urgência no Posto de Saúde.

77 - Aumentar a cobertura dos Agentes Comunitários de Saúde, fazendo com que as Vilas da cidade e locais do Interior que ainda não possuem, seja contemplado com Agentes.

78 - Proporcionar a liberação da realização de vasectomia e laqueadura, como mecanismo de apoio ao planejamento familiar.

79 - Implantar um Centro Municipal de Referência de Saúde do Trabalhador, mediante as possibilidades financeiras e técnicas avaliadas junto ao Conselho Municipal de Saúde.

80 - Buscar viabilidade para disponibilizar o exame de densitometria óssea pelo SUS.

a) - Política de medicamentos

81 - Incluir no Sistema a possibilidade de utilização de medicamentos fitoterápicos e homeopáticos.

82 - Garantir medicamentos para pessoas cadastradas, respeitando a quantidade para cada pessoa e controlar a distribuição de medicamentos contínuos.

83 - Aquisição de medicamentos genéricos pela FUMSSAR.

84 - Garantir a continuidade da distribuição gratuita de medicamentos, mesmo com a implantação da Farmácia Popular.

85 - Criação de uma lista de medicamentos para fornecimento por processo, e uma comissão técnica que avalie solicitações de medicamentos não padronizadas.

86 - Fornecer informações corretas aos usuários sobre o uso de medicamentos.

## **Políticas Ligadas ao Saneamento, Meio Ambiente e Vigilância Sanitária**

- 87 - Fornecer água potável para todas as comunidades.
- 88 - Retomar as campanhas publicitárias sobre a conscientização relativa ao lixo.
- 89 - Apoiar o Projeto existente de limpeza da Sanga do Inácio e de outros rios, com o envolvimento da comunidade e entidades organizadas.
- 90 - Fazer melhoramentos quanto ao saneamento básico.
- 91 - Ter recolhimento de lixo tóxico.
- 92 - Priorizar melhorias na Vigilância Sanitária.
- 93 - Qualificação e ampliação do recolhimento seletivo de lixo.
- 94 - Ampliação do esgoto cloacal e da rede coletora.
- 95 - Adequação de acordo com a legislação vigente dos sistemas ambientais das empresas.
- 96 - Solicitar ao Poder Público a manutenção do recolhimento de lixo em comunidades do interior.
- 97 - Fazer parceria com a CORSAN para tratamento das águas das comunidades do interior do município.

## **Qualidade no Sistema de Saúde**

- 98 - Priorizar o atendimento dos idosos nos Postos, garantindo assim, seu acesso.
- 99 - Melhorar o atendimento de urgência para acamados.
- 100 - Melhorar o atendimento do dentista na Vila Sete de Setembro.
- 101 - Plantão nos Postos de Saúde deveria atender para qualquer idade, pois o hospital reclama para prestar atendimento.
- 102 - Melhorar os atendimentos no Pronto Socorro do Hospital Vida e Saúde.
- 103 - Ter igualdade no atendimento dos pacientes do SUS e particulares, por parte dos Hospitais e Prestadores de Serviços.
- 104 - Melhorar o atendimento por parte de todos os funcionários da rede, sendo que foi sugerido, proporcionar um curso de relações humanas.
- 105 - Criar uma política de produção científica e a pesquisa aos Funcionários da FUMSSAR.
- 106 - Ampliar a capacidade do laboratório.

Santa Rosa, em 25 de setembro de 2005.