

VERA LÚCIA DOS SANTOS SILVA

**OS CONSELHOS DE SAÚDE DA REGIÃO NOROESTE, SUA INTERFACE
COM O CONSELHO MUNICIPAL E A INSERÇÃO DO SERVIÇO SOCIAL
NA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE GOIÂNIA - 1989 a 2009**

Goiânia
2010

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE GOIÁS
DEPARTAMENTO DE SERVIÇO SOCIAL
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO MESTRADO EM SERVIÇO SOCIAL
PRO-REITORIA DE PESQUISAS E PÓS-GRADUAÇÃO

**OS CONSELHOS DE SAÚDE DA REGIÃO NOROESTE, SUA INTERFACE
COM O CONSELHO MUNICIPAL E A INSERÇÃO DO SERVIÇO SOCIAL
NA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE GOIÂNIA - 1989 a 2009**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Serviço Social da Pontifícia Universidade Católica de Goiás como requisito parcial a obtenção do título de Mestre em Serviço Social.

Orientadora: Dra. Eleusa Bilemjian Ribeiro.

Goiânia

2010

FOLHA DE APROVAÇÃO

DISSERTAÇÃO do Programa de Pós-graduação *Stricto Sensu* em Serviço Social defendida em 14 de outubro de 2010 e aprovada pela Banca Examinadora.

Banca Examinadora:

Dra. Eleusa Bilemjian Ribeiro
(Presidente)



Dra. Yolanda Aparecida Demetrio
Guerra
(UFRJ /Membro)



Dra. Walderez Loureiro Miguel
(Membro)



Dra. Maria Conceição Sarmiento
Padial (Suplente)



AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus por me ter dado forças para elaborar este trabalho.

A minha família, pela paciência e apoio.

A meu esposo Paulinho, pelos estímulos e atenção.

À atenção e ao carinho de minha mãe, Abadia e da filha, Jackelline.

Aos professores e à Coordenação do Mestrado em Serviço Social, pelo apoio recebido, em especial à Prof^a. Dr^a. Walderez Loureiro Miguel, responsável pela realização deste sonho: qualificar as minhas leituras e o meu fazer profissional.

Às professoras Eleusa Bilemjian Ribeiro, Maria Lúcia Moraes, Regina Sueli de Souza e Aristides Moysés pelas contribuições por ocasião da Banca de Qualificação.

À professora Carmem Regina Paro, por sua atenção e contribuições, pois mesmo com todas as suas atribuições na direção do Departamento de Serviço Social sempre esteve presente e atenta às solicitações dos mestrandos.

À professora Darci Costa, por suas valiosas contribuições na revisão do trabalho.

Às colegas do Fórum Distrital e do Fórum Interprofissional da Região Noroeste, pelo carinho e atenção.

Aos servidores e conselheiros dos Conselhos Locais da Região Noroeste e do Conselho Municipal de Saúde pelo cuidado e colaboração nas entrevistas realizadas.

Às queridas e eficientes secretárias do Curso de Mestrado em Serviço Social, Raquel e Juliana, o meu carinho e apreço.

RESUMO

Numa perspectiva de modernidade e racionalidade o presente trabalho aborda a questão do controle social na saúde e, encontra-se elaborado em três capítulos. O primeiro traça um panorama histórico do espaço da pesquisa realizada no lócus de trabalho da pesquisadora que é Distrito Sanitário Noroeste. Goiânia foi construída a partir de uma concepção de um planejamento com traços de modernidade, porém a sua expansão desordenada tem apresentado à gestão municipal desafios diversos. Um deles relaciona-se à questão da falta de habitação, as invasões de áreas públicas e particulares têm se efetivado de forma constante. As primeiras ocupações organizadas da capital goiana ocorreram no Jardim Nova Esperança e em áreas próximas localizadas na Região Noroeste de Goiânia, a importância dos movimentos sociais e a instalação da primeira residência multiprofissional em saúde da família na capital. O segundo trata da relação entre os conselhos locais e o conselho municipal de saúde ao focar a criação dos conselhos locais de saúde a partir da 1ª Conferência de Saúde de Goiânia, o mapeamento das conferências e dos conselhos criados no período pesquisado: 1989 a 2009. O terceiro capítulo trata da inserção do Serviço Social na Secretaria Municipal de Saúde e a importância do trabalho realizado pelas assistentes sociais junto ao controle social na instituição, em especial na formação contínua dos conselheiros de saúde.

Palavras-chave: controle social, região noroeste, interdisciplinaridade, Serviço Social.

ABSTRACT

Perspective of modernity and rationality this work addresses the issue of health and social control, is prepared in three chapters. The first traces of a historical overview of the research conducted in space 2 working researcher who is Northwest Health District. Goiânia was constructed from a conception of a planning and with traits of modernity, but its disorderly expansion has submitted to municipal management various challenges. One relates to the issue of lack of housing, the invasions of public and private areas have effective steadily. The first organized occupations of goiana capital occurred in Garden New hope and in nearby areas, the importance of social movements and the installation of the first residence multiprofessional health family in the capital. The second deals with the relationship between the local councils and the Municipal Council of health by focusing on the creation of local health councils from the 1st Conference of Health from Goiânia, the mapping of conferences and councils created in period searched: 1989-2009. The third chapter deals with the insertion of Social Service in Municipal Department of health and the importance of the work performed by social workers next to social control in the institution, in particular in the continuous training of health advisers.

Keywords: social control, Northwest region, interdisciplinarity, Social Service.

LISTA DE SIGLAS

ABNT	Associação Brasileira de Normas Técnicas.
ACS	Agente Comunitário de Saúde
Cais	Centro de Atenção Integral à Saúde
Caps	Centro de Assistência Psicossocial
Ciams	Centro Integrado de Atenção Médica à Saúde
CLS	Conselho Local de Saúde
CMS	Conselho Municipal de Saúde
CNS	Conselho Nacional de Saúde
Crof	Centro de Referência em Ortopedia e Fisioterapia
Ciops	Centro Integrado de Operações Policiais
Cerest	Centro de Referência em Saúde do Trabalhador
CS	Centro de Saúde
Deges	Departamento de Gestão da Educação na Saúde
DRH	Divisão de Recursos Humanos
DS	Distrito Sanitário
DSN	Distrito Sanitário Noroeste
ESF	Estratégia de Saúde da Família
FC	Família Cadastrada
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
Iplan	Instituto de Planejamento da Prefeitura de Goiânia
LOS	Lei Orgânica da Saúde
MS	Ministério da Saúde
PSF	Programa de Saúde da Família
RCGA	Relatório de Consulta Genérica Analítica
Reforsus	Reforço à Reorganização do Sistema Único de Saúde
RNG	Região Noroeste de Goiânia
RMS	Residência Multiprofissional em Saúde
SGTES	Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
UABSF	Unidade de Atenção Básica de Saúde da Família
UFG	Universidade Federal de Goiás

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Existência de Material de Trabalho nos Conselhos	55
Gráfico 2 - Condição de Conservação dos Conselhos	55
Gráfico 3 - Existência de espaço físico para os Conselhos Locais de Saúde	56
Gráfico 4 - Existência de livros ou documentos no CLS para consulta, estudo ou pesquisa	57
Gráfico 5 - Nível de escolaridade por segmento de representação nos conselhos	57
Gráfico 6 - Gênero masculino e feminino	58
Gráfico 7 - Participação em Capacitação sobre controle Social	58
Gráfico 8 - Opinião sobre a importância de capacitação enquanto membro do Conselho	59
Gráfico 9 - Os Conselhos Locais de Saúde, por meio do Conselho Municipal de Saúde, estão fiscalizando e cobrando o cumprimento das propostas que foram aprovadas na Conferência de Saúde realizada em 2007	59

LISTA DE FIGURA

Figura 1 - Distritos Sanitários de Goiânia no ano 2009	77
---	-----------

LISTA DE QUADROS

Quadro 1	– Situação fundiária dos loteamentos da Região Noroeste em 1989 ...	26
Quadro 2	– Situação fundiária Região Noroeste na década de 1990	27
Quadro 3	– Comparativo da Situação fundiária da Região Noroeste	28
Quadro 4	– População da Região Noroeste	30
Quadro 5	– Equipamentos Sociais Públicos na Região Noroeste – 1990	32
Quadro 6	– Equipamentos Sociais Públicos na Região – 2009	33
Quadro 7	– Conferências Municipais de Saúde de Goiânia – 1989-2009	53
Quadro 8	– Conselhos existentes em cada Distrito Sanitário de Saúde até dezembro/2008	78
Quadro 9	– Conselhos Locais existentes na área de abrangência do Distrito Sanitário Noroeste, a partir de dezembro de 2008	81
Quadro 10	– Famílias cadastradas os Distritos Sanitários de Goiânia em 2009 ...	86
Quadro 11	– Áreas de atuação dos Assistentes Sociais na saúde municipal 2001-2009	89
Quadro 12	– Equipe técnica do Distrito Sanitário Noroeste	95

LISTA DE ANEXOS

- Anexo I** - Questionário a ser aplicado aos conselheiros locais de saúde da região noroeste de Goiânia e do Conselho Municipal de Saúde
- Anexo II** - Termo de consentimento livre e esclarecido Informações sobre a pesquisa
- Anexo III** - Consentimento da participação da pessoa como sujeito
- Anexo IV** - Termo de autorização da pesquisa
- Anexo V** - Portaria n° 218/1997.

SUMÁRIO

RESUMO.....	4
ABSTRACT.....	5
LISTA DE SIGLAS.....	6
LISTA DE GRÁFICOS.....	7
LISTA DE FIGURA.....	8
LISTA DE QUADROS.....	9
LISTA DE ANEXOS.....	10
INTRODUÇÃO.....	0
CAPÍTULO I. A REGIÃO NOROESTE NO PROCESSO HISTÓRICO DE GOIÂNIA.....	0
1.1 Goiânia: de cidade planejada à expansão desordenada.....	23
1.2 O Papel dos movimentos sociais na ocupação da Região Noroeste.....	33
1.3 A profissionalização e a participação popular na política de saúde.....	39
CAPÍTULO II. A 1ª CONFERÊNCIA MUNICIPAL DE SAÚDE COMO MARCO HISTÓRICO POLÍTICO DA CRIAÇÃO DOS CONSELHOS DE SAÚDE DA CAPITAL GOIANA.....	0
2.1 A criação dos CLS e do CMS ao mapeamento atual das unidades e os Conselhos Locais na Região Noroeste e dos Distritos Sanitários de Goiânia.....	43
2.2 Os Conselhos Locais de Saúde da Região Noroeste e seu processo de formação continuada.....	49
2.3 A participação dos usuários de políticas públicas na cultura da fiscalização e avaliação dos serviços públicos.....	62
CAPÍTULO III. A INSERÇÃO DO SERVIÇO SOCIAL NA POLÍTICA DE SAÚDE	0
3.1 Da inserção à configuração atual do Serviço Social na política de saúde do município de Goiânia.....	69
3.2 A atuação de assistentes sociais nas Unidades de Saúde nos Conselhos Locais e no Municipal.....	84

3.3 O Serviço Social e a interdisciplinaridade: um desafio e uma agenda profissional.....	92
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	97
REFERÊNCIAS.....	101
ANEXOS.....	106

INTRODUÇÃO

A produção de um trabalho acadêmico é um desafio que exige pesquisa, tempo, dedicação e esforço qualificado para apresentar um determinado tema. As leituras e as revisões da literatura asseguram o aprofundamento teórico-metodológico necessário em cada fase de elaboração do trabalho.

Esta produção teve um percurso teórico-metodológico que envolveu a necessidade de entender a participação popular no controle social da política de saúde de Goiânia, e, em particular, da Região Noroeste, tornando possível a apreensão da lógica desse movimento na sociedade civil com a emergência da vontade coletiva, em uma perspectiva dialética. Ao fazer a interface dos Conselhos Locais de Saúde com a gestão local e municipal, via Conselho Municipal de Saúde (CMS), procurou-se analisar as condições históricas, objetivas e subjetivas nas quais ela se realiza.

O estudo sobre os Conselhos Locais de Saúde, sua interface com o Conselho Municipal e a Inserção do Serviço Social na Secretaria Municipal de Saúde de Goiânia - 1989 a 2009. Está diretamente relacionado aos novos espaços de trabalho em que a categoria se insere atualmente. A prática profissional desta pesquisadora nos seis Conselhos Locais de Saúde da Região Noroeste de Goiânia (RNG), sua representação no Conselho Municipal e, sobretudo, a necessidade de aprofundamento do processo histórico, político e cultural do controle social na política de saúde no Brasil, tendo como referência a Reforma Sanitária, contribuíram definitivamente para a escolha desse objeto com base nos marcos legais instituídos a partir da aprovação da Constituição Brasileira no ano de 1988, seus aspectos democráticos e modernizantes de garantia de direitos sociais, por meio da participação popular na fiscalização e gestão das várias políticas públicas.

O marco temporal, vinculado à homologação da Constituição Brasileira de 1988, designada como Constituição Cidadã (BRASIL, 1988) e às diretrizes estabelecidas pela Política Nacional de Saúde (BRASIL, 2006) aponta o árduo

caminho a percorrer para alcançá-las: a universalidade, a descentralização, a equidade e a participação da população na gestão, no financiamento, no controle social e na fiscalização das ações executadas pelo poder público nas diferentes esferas do governo. Assim, a periodização escolhida abrange desde a promulgação da Carta Magna até as mudanças ocorridas na redistribuição dos Distritos Sanitários, na política de saúde em Goiânia, em 2009.

Vale ressaltar que as análises e debates que tem por objeto o *fazer* do assistente social na área da saúde perpassam pela metodologia de trabalho, bem como a sua instrumentalidade profissional, o processo histórico, a base fundante da profissão e as diferentes expressões da questão social.

Todo projeto da pesquisa define objetivos que ao longo da sua trajetória, dependendo das condições materiais, históricas, objetivas e subjetivas, podem ser alterados. Os objetivos propostos pela pesquisa que subsidiam essa dissertação visam: a) aprofundar as análises e estudos sobre o processo de efetivação do Sistema Único de Saúde (SUS), com ênfase à participação pelo controle social democrático; b) mapear os diferentes Conselhos Locais de Saúde por Distrito Sanitário de Goiânia; c) ampliar o debate sobre o papel do controle social e a inserção do Serviço Social na política de saúde no município de Goiânia; d) fornecer subsídios que possam contribuir no processo de formação continuada de conselheiros e profissionais que atuam na área da saúde e outras acerca da importância do controle social; e) diagnosticar o funcionamento dos Conselhos Locais de Saúde da Região Noroeste de Goiânia, foco principal da pesquisa.

Nos estudos e análises sobre o tema proposto nessa pesquisa foram abordados alguns autores clássicos, como Marx (1982) e Gramsci (1978), e seus estudiosos, e outros autores contemporâneos: Aldaíza Sposati (1992), Ana Maria Vasconcelos (2007), Carlos Nelson Coutinho (2008), Dalmo Dallari (2004), Evaldo Vieira (2004), José Paulo Netto (2006), José de Souza Martins (2002), Marilda Iamamoto (1992), Maria Inês Bravo (2007; 2010); Maria Lúcia Barroco (2008), Maria Valéria Costa Correa (2000), Potyara A. P. Pereira (2007), Raquel Raichelis (2000), Yolanda Guerra (2007), dentre outros, que subsidiaram a apreensão do objeto em estudo.

Como a essência do pensamento de Marx encontra-se no materialismo dialético¹ e no materialismo histórico que funda nas relações de antagonismo² ou nas contradições que governam o modo de pensar e de ser dos indivíduos na sociedade e suas relações sociais. É importante também enfatizar que

a consciência social exprime e constitui, ao mesmo tempo, as relações sociais. por isso, a análise dialética das relações capitalistas exige que a interpretação apanhe sempre a maneira pela qual os homens pensam-se a si mesmos e uns aos outros. a autoconsciência só é possível no espelho do outro (MARX, 1984, p. 22)

Destaca-se que entre o método de investigação e de exposição há distinções. O primeiro compreende três graus: a) uma minuciosa apropriação da matéria e pleno domínio do material, nele incluídos todos os detalhes históricos aplicáveis, disponíveis; b) análise de cada forma de desenvolvimento do próprio material; c) investigação da coerência interna, pela determinação da unidade nas várias formas de desenvolvimento. (KOZIC, 2010, p. 37).

O segundo método de exposição está diretamente relacionado à forma de apresentação, considerado por Kozic (2010, p. 37) como o de explicitação, o qual se permite que o fenômeno se torne transparente, racional e compreensível, momento que se apresenta como possibilidade de ascensão do abstrato ao concreto.

Para escolher um método que dê conta de explicar o desenvolvimento e o envolvimento da sociedade civil para a transformação necessária do abstrato ao concreto buscou-se fundamentação e desvelamento por meio na dialética materialista como meio de apreensão científica da realidade humano-social. Deve-se entendê-la como método da reprodução espiritual e intelectual da realidade, método do desenvolvimento e da explicitação dos fenômenos culturais com base na atividade prática objetiva do homem histórico (KOZIC, 2010, p. 39).

Ao distinguir o método de investigação e de exposição, Marx (*apud* KOZIC, 2010), supera o método de investigação de qualquer coisa já conhecida que

¹ A dialética de Marx funda-se nas relações de antagonismo do capitalismo que se distingue por meio de duas características: a primeira é que ele produz os seus produtos como mercadorias e a segunda é a produção da mais valia (Marx, 1984, p.8)

² A descoberta do antagonismo, pois, é alheia à constituição interna do capitalismo. As relações antagônicas não podem resolver-se a não ser que o próprio capitalismo seja também pensado, pleno de suas determinações, para resolver-se. (Marx, 1984, p.8)

equipara o método de exposição à forma de apresentação. Segundo esse autor, o método de investigação, por conseguinte, é o método de explicitação, graças ao qual o fenômeno se torna transparente, racional e compreensível; e, sem o pleno domínio do método de investigação, qualquer dialética não passa de especulação vazia. (KOZIC, 2010, p.37).

O materialismo histórico é uma expressão que indica o corpo central de doutrina da concepção materialista da história, núcleo científico e social da teoria marxista. Ele

designa uma visão do desenrolar da história que procura a causa final e a grande força motriz de todos os acontecimentos históricos importantes no desenvolvimento econômico da sociedade, nas transformações dos modos de produção e de troca, em consequente divisão da sociedade de classes distintas e na luta entre essas classes (BOTTMORE, 2001, p. 259-260).

A distinção da formação da consciência de classe no proletariado, defendida pelos marxianos, desde o início estabelece uma distinção entre a situação objetiva de uma classe e a consciência subjetiva dessa situação, isto, é entre a condição de classe e a consciência de classe.

Na perspectiva histórico-dialética, procura-se apreender as relações entre o mundo humano objetivo e o mundo humano subjetivo. Indaga-se qual a crítica que pode ser estabelecida no tocante à pedagogia que possa instaurar possibilidades de mudanças na atuação dos profissionais na sociedade civil, na defesa de seus direitos essenciais como saúde, educação, moradia e outros imprescindíveis à natureza humana. A defesa que se pode realizar, na perspectiva de uma pedagogia marxista, é a construção de um processo de conhecimento crítico e coletivo, sem desconsiderar a cultura e os valores que já se encontram incorporados no cotidiano de cada cidadão para sua transformação.

As concepções de Estado e de sociedade civil, adotadas nessa dissertação, foram fundamentadas em Gramsci (1981), onde Estado abrange as esferas da sociedade política e sociedade civil constituída pelo conjunto de organizações responsáveis pela elaboração e/ou difusão das ideologias, como sindicatos, partidos políticos, igrejas, sistema escolar, organização material da cultura (imprensa, meios de comunicação de massa) e organizações profissionais.

A presente opção metodológica exigiu leituras e análises sobre as políticas públicas de saúde desde a Reforma Sanitária até a implantação de um novo modelo de assistência à saúde da população brasileira, inicialmente denominado Programa de Saúde da Família (PSF) e, atualmente Estratégia de Saúde da Família (ESF) por seu caráter mais abrangente e universal.

Atendendo às diretrizes para realização de pesquisas que envolvem seres humanos, o projeto da pesquisa foi encaminhado em novembro de 2009 ao Conselho Municipal de Saúde para apreciação e deliberação. Apreciado e aprovado pela Mesa Diretora do Conselho Municipal de Saúde (CMS) de Goiânia e considerado pertinente, foi encaminhado ao Secretário Municipal de Saúde, que autorizou sua realização junto aos Conselheiros Municipal e Conselheiros Locais de Saúde da Região Noroeste de Goiânia.

O projeto foi então submetido à apreciação do Comitê de Ética da Pontifícia Universidade Católica de Goiás (PUC-GO) contando com sua aprovação. Todo esse processo tem como referência a Resolução n° 196/1996 do Conselho Nacional de Saúde que representa um marco histórico na criação e consolidação do sistema brasileiro de revisão ética das pesquisas que envolvem seres humanos, regulado pelas Diretrizes e Normas de Pesquisa em Seres Humanos (BRASIL, 1996).

O universo pesquisado abrange os Conselhos Locais de Saúde (CLS) da Região Noroeste, localizados em seis unidades de saúde desta região. Os CLS são instâncias legais, constituídos regimentalmente por conselheiros eleitos diretamente pela população da área de abrangência da unidade de saúde e criados de acordo com a Lei n° 8.142/90 (BRASIL, 1990b), com a finalidade de articular, deliberar e fiscalizar programas, projetos e serviços de interesse da saúde da população. A eleição para composição dos conselhos locais de saúde efetiva-se pela participação de 50% de usuários, 25% de trabalhadores e 25% de gestores e prestadores de serviços. O processo eleitoral é orientado e acompanhado pela Comissão de Acompanhamento aos Conselhos Locais de Saúde do CMS, com a participação e apoio dos profissionais de Serviço Social dos Distritos Sanitários e dos gestores das unidades de saúde de suas respectivas áreas de abrangência.

Para identificar a forma de atuação e as contribuições que os conselheiros apontam à gestão para qualificar os serviços de saúde prestados aos usuários da

área de inserção de cada Conselho, foi aplicado um questionário com todos os Conselheiros Locais de Saúde da Região Noroeste, em número de 30 instrumentos de coleta de dados foram utilizados: entrevista semiestruturada e questionário que serviram. Além da coleta oral de dados (entrevista) e aplicação de questionários, foi usada a observação participante, como estratégia viabilizadora na coleta de dados.

Nesse processo, após a coleta dos dados com os conselheiros Locais de Saúde da Região Noroeste, os questionários foram guardados no local de trabalho da pesquisadora. Ao buscá-los para tabulação e análise constatou-se que eles haviam sido extraviados. Após incessantes buscas, não foram localizados, exigindo uma nova coleta de dados que não contou com adesão de todos os conselheiros como ocorrido da primeira vez.

Assim, trabalhamos por amostragem com conselheiros dos CLS que se dispuseram a participar novamente da coleta de dados. dos Cais Cândida de Moraes, Curitiba, Finsocial, das UABSF Vila Mutirão e Jardim Primavera e da Maternidade Nascer Cidadão e aqueles que atuam no CMS. A escolha não foi aleatória, uma vez que nessa região a mestranda desenvolve seu trabalho profissional no DSN e no CMS como representante de seu local de trabalho. A aplicação dos questionários e realização de entrevistas semi-estruturadas foram, portanto, facilitados pela familiaridade da pesquisadora com os sujeitos sociais envolvidos na pesquisa.

Os estudos e análises dos questionários aplicados aos conselheiros de saúde permitiram perceber a sua falta de conhecimento em relação ao poder de que eles dispõem legalmente, mas que desconhecem. Assim, eles ficam presos somente a questões menores, sobretudo àquelas relativas a interesses pessoais como atendimento em consultas e outros procedimentos a pessoas diretamente relacionadas, como familiares e amigos.

Os Conselhos de Saúde são importantes espaços sociopolíticos de participação popular e de estabelecimento de relações entre a esfera pública e a sociedade civil, como instâncias de interlocução permanente entre as partes. Dessa forma, pela pesquisa propõe-se analisar como ocorre a interlocução entre os Conselhos Locais de Saúde e o Conselho Municipal de Goiânia e também verificar a relação do Serviço Social com os conselhos, tendo como base os parâmetros de

atuação da profissão impressos no artigo 4º da Lei de Regulamentação nº 8.662/93: que lhe atribui como uma das competências prestarem assessoria e apoio aos movimentos sociais, em matéria relacionada às políticas sociais, no exercício e na defesa dos direitos civis, políticos e sociais da coletividade. (BRASIL, 1993)

Ao conceituar competência como qualificação profissional, em âmbito geral, Simões (2009, p. 488), especifica que estas lhe são reconhecidas pela lei citada anteriormente, da regulamentação da profissão para realizar serviços independentemente de também serem reconhecidas a outros profissionais, nas respectivas leis profissionais, como advogados, sociólogos, historiadores, psicólogos e outros, mas que sustentam as ações profissionais do Serviço Social, dentre elas a qualificação profissional que está sendo implantada na RNG na UABSF da Vila Mutirão que denomina Residência Multiprofissional em Saúde (RMS).

Na área da saúde em Goiânia, a primeira RMS foi implantada no primeiro semestre de 2010, na Região Noroeste de Goiânia (RNG). As profissões que a compõem são: Enfermagem, Farmácia, Medicina, Nutrição e Odontologia com base na atuação da Estratégia de Saúde de Família na UABSF da Vila Mutirão, com a participação da Universidade Federal de Goiás e Secretaria Municipal de Saúde de Goiânia (SMS).

Os Gestores da RMS, por meio de profissionais da SMS, buscaram a participação no controle social na fase de organização dos trabalhos. Por sugestão dos gestores foi realizada uma sessão plenária com o Conselho Local de Saúde da Vila Mutirão, na qual os conselheiros foram informados como seria a implantação da RMS.

A atuação de assistentes sociais na política de saúde do município de Goiânia, embora tímida no início, foi registrada desde 1970, por duas profissionais, conforme Relatório de Consulta Genérica Analítica da Divisão de Recursos Humanos da Secretaria Municipal de Saúde (RCGA/DRH/SMS) de 21 de janeiro de 2010 (GOIÂNIA, SMS). Entre 1980 e 1989, eram 11 assistentes sociais atuava na SMS, na década seguinte o número cresceu para 19 e, nesse primeiro decênio do século XXI o total chegou a 172 profissionais que realizam trabalho em diferentes áreas da saúde. O aumento de profissionais de Serviço Social que atuam na SMS foi considerável a partir do ano de 2000, tendo em vista a contratação, por meio de

concurso público, realizado em 2001 que propiciou a inserção de 130 profissionais. Mais de 200 profissionais encontram-se lotados em áreas de abrangências de Distritos Sanitários, Cais, Ciams. Centros de Saúde, Unidades de Saúde Mental, Divisões e Programas, na Gestão das UABSF, na Auditoria de Serviços de Saúde e no gabinete do Secretário.

O aumento significativo de profissionais contratados por meio de concurso teve como justificativa a valorização profissional como também o aumento das demandas de serviços oriundos das expressões das questões sociais emergentes do momento histórico que a sociedade brasileira experimentava. O país emergia de um período de ditadura e os direitos sociais se evidenciavam como novos desafios.

Dentre os elementos que podem expressar a atual conjuntura, como também a necessidade de contratação de um maior número de profissionais de Serviço Social destaca-se

pelo menos quatro elementos fundamentais: a) as raízes da produção e reprodução das desigualdades sociais geradoras das problemáticas com as quais se defronta o movimento social; b) a forma assumida por esta questão social no momento atual; c) a composição da base social do movimento e d) as influências teóricas, políticas e valorativas norteadoras de sua ação. (BRAVO, 2010, p.78-79)

Um dos movimentos da sociedade goiana nesse sentido foi a criação da Escola de Serviço Social de Goiás, no ano de 1957 por meio de esforços da iniciativa privada e da Igreja Católica, tinha como campos de estágios empresas privadas, que ofereciam o maior número de vagas para estágio e também um dos principais mercados de trabalho, além de órgãos públicos, os movimentos de base, em especial os de orientação religiosa, com base na Igreja Católica. A expansão de atuação em órgãos públicos foi gradativa e na saúde municipal, ela se deu a partir da década de 2000, conforme já mencionado.

A centralidade da concepção e da prática interdisciplinar consiste na defesa de um processo de conhecimento dialético, entre as partes e o todo que, de maneira organizada fornece elementos para que os profissionais possam apreender a totalidade humana, sem deixar de elucidar de forma autônoma e específica seu cotidiano profissional.

A busca pela interdisciplinaridade e também pela intersetorialidade na atuação dos profissionais em distintas políticas públicas, na região em estudo efetiva-se por meio de encontros mensais nas unidades de assistência social e de saúde para troca de experiência, estudos, avaliações e análises com o objetivo de melhorar os serviços oferecidos aos usuários. Um dos resultados dessa ação foi a efetivação do Fórum Interprofissional da Assistência Social, Educação e Saúde da Região Noroeste, que tem contribuído para o processo de formação continuada dos profissionais que trabalham nas distintas políticas públicas da Região, e também para o fomento do controle social, por meio de discussões e capacitação constante.

Para socializar os resultados desses fóruns, são realizados anualmente o Simpósio de Serviço Social e Seminário de Políticas Públicas, que apresentam os seus efeitos multiplicadores, por exemplo: necessidade de qualificação e elaboração de proposta de ações conjuntas, envolvendo as três políticas, Assistência Social, Educação e Saúde em áreas consideradas críticas como: drogadição, violência, segurança e outras. Trata-se de ações que podem melhorar o cotidiano da população e reduzir a vulnerabilidade social. O evento já se encontra em sua quarta edição e terá como tema para 2010, *Trabalho, ética, intersetorialidade e meio ambiente*, cuja meta é a participação de profissionais que atuam em distintas áreas da política de assistência social, educação e saúde, de estudantes e de usuários dessas políticas.

A participação popular é elemento importante para a manutenção e melhoria dos serviços oferecidos à população pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Ela pode efetivar-se de forma mais satisfatória, como pode se observar em três níveis de operação:

o primeiro, a *historicidade* representa uma ação transformadora da sociedade que, produz a estrutura das classes sociais postas em relações conflitantes e define o controle social. Este é constituído pelo sistema de ação histórica e pelo sistema de classes e exerce influência sobre uma sociedade concreta, histórica e geograficamente situada e suas orientações penetram na sociedade, produzem mecanismos de conflito e de dominação e propiciam a configuração dos sistemas político e organizacional; o segundo é o *institucional ou político* é representado pelo conjunto de mecanismos pelos quais o campo da historicidade, duplamente aberto, é transformado num conjunto de regras da vida social que predominantemente, por seu turno, expressa o funcionamento das organizações. Este faz o nexo entre a historicidade e a organização social e o terceiro, e último nível é *um conjunto de meios governados por uma autoridade*, visando assegurar uma função reconhecida como legítima, em uma sociedade dada, ou seja, é uma unidade de produção ou de distribuição de bens ou de serviços. (AMMANN, 1981, p. 18-19).

A presente dissertação está elaborada em três capítulos. No primeiro, a categoria de análise é a *ocupação da terra* em Goiânia, com foco na Região Noroeste na perspectiva da inclusão social; no segundo, a atuação dos Conselhos Locais de Saúde e a interface com o Conselho Municipal ao focar a questão da *modernidade* que permeia a política de saúde pela *participação popular*; e, no terceiro a *instrumentalidade* do Serviço Social na Saúde do município de Goiânia.

A expansão das cidades, a industrialização do campo, a necessidade de oferecer aos filhos melhores condições de vida e, sobretudo, educação são fatores que contribuem para o deslocamento do homem do campo para as cidades. Como resultados dessa migração ocorrem problemas sociais dos mais diversos: desemprego, falta de moradia, de escolas, de saúde, de lazer, de alimentação e destruição do meio ambiente. As capitais, em especial, são as que mais sofrem com o aumento desordenado da população que se dirigem a elas sem as mínimas condições de vida e de trabalho, conforme será abordado no capítulo I.

CAPÍTULO I

A REGIÃO NOROESTE NO PROCESSO HISTÓRICO DE GOIÂNIA

1.1 Goiânia: de cidade planejada à expansão desordenada

Algumas capitais do país, criadas, sobretudo a partir da década de 1930, foram planejadas com recursos a partir do traçado das ruas, quantidade de bairros e avenidas e de moradores.

O discurso da modernidade no Centro-Oeste se faz presente na região desde o Movimento de (1930) com a construção da cidade de Goiânia, posteriormente reforçada com a nova capital, Brasília, em 1960, e, por último de Palmas, em 1990 (MORAES, 2006, p.115).

Mas, nem mesmo esses traços de modernidade fizeram que cidades como Goiânia, Brasília e Palmas resolvessem os problemas de seus moradores migrantes, particularmente moradia. A Capital goiana não foge a esta regra.

No Brasil, o desencadeamento acelerado do processo de pauperização de segmentos de trabalhadores de baixa renda e desempregados acentuou-se logo após a Segunda Guerra Mundial. A crescente industrialização do país, a partir do governo Vargas (1930-1945) acelerou o processo de urbanização e de migrações internas, do meio rural ao meio urbano, tendo como uma das consequências a questão da moradia, que deu origem às posses urbanas e fortaleceram um contínuo processo de ocupações irregulares.

O maior fluxo desses deslocamentos ocorreu a partir da década de 1930, e

o Estado que nasceu em [19]30 com a Revolução e se afirmou ao longo da década não chegou a representar os interesses de um determinado setor da sociedade. Em consequência da crise do café a burguesia desse setor se achou deslocada do poder; as classes médias não assumiram politicamente; os tenentes fracassaram enquanto movimento político autônomo, o grupo industrial não encontrou viabilidade para um projeto específico, isto porque muitas vezes havia concomitância entre os seus interesses e o setor cafeeiro [...]. É um certo tipo de Estado de massas, expressão da prolongada crise agrária, da dependência dos setores médios e urbanos e da pressão popular (MIGUEL, 2005, p. 22).

Para perceber as condições de vida e trabalho dos trabalhadores, não pode desprezar suas causas e consequências na sociedade pela sua participação ativa em fóruns, conferências de saúde nas diferentes instâncias, entendimento sobre orçamento e distribuições de verbas utilizadas nas diferentes políticas públicas. A não participação nessas instâncias decisórias pode favorecer a não ampliação dos serviços prestados à população nas várias políticas públicas que devem ser fiscalizadas com a participação da população.

O atual sistema econômico que permeia as relações nos países capitalistas organiza-se para sua manutenção no poder, por meio da concentração de renda de um pequeno grupo em detrimento da maioria da população trabalhadora carente de políticas sociais mais amplas que possam reduzir essa desigualdade. Essas políticas encontram-se sincronizadas, em

maior ou menor medida à orientação econômico-social macroscópica do Estado burguês no capitalismo monopolista, o peso destas políticas sociais é evidente no sentido de assegurar as condições adequadas ao desenvolvimento monopolista. É, no nível estritamente político, elas operam como um vigoroso suporte da ordem sócio-político: oferecem um mínimo de respaldo efetivo à imagem do Estado como “social”, como mediador de interesses conflitantes. . (NETTO, 2006, p. 31)

No Brasil, a funcionalidade das políticas públicas no atual sistema econômico é indicada como possibilidade de superação da pobreza, mas a sua concretização está aquém do desejável, isto é, que a classe trabalhadora tenha mobilidade social, deixar a base piramidal da sociedade e conseguir uma posição mais elevada que lhe possibilite melhores condições de vida e de acesso a serviços públicos com qualidade e em prazo real e objetivo.

Há necessidade de reformas políticas e sociais que tenham como meta mudanças na sociedade na busca da consciência de classe e no resgate de condições de vida, por meio da participação social e da aquisição de conhecimentos objetivos e críticos que assegurem o compromisso com a transformação da realidade. A transformação da realidade concreta supõe reformas políticas, alertando que o termo

“reforma” foi sempre organicamente ligada às lutas dos subalternos para transformar a sociedade e, por conseguinte, assumiu na linguagem política uma conotação claramente progressista até mesmo de esquerda. O neoliberalismo busca assim utilizar a seu favor a aura de simpatia que envolve a idéia de “reforma”. É por isso que as medidas por ele propostas e implementadas são mistificatoriamente apresentadas como “reformas” (...) Estamos assim diante da tentativa de modificar o significado da palavra “reforma”: que antes da onda neoliberal queria dizer ampliação dos direitos, proteção social, controle e limitação de mercado etc., significa agora cortes, restrições, supressão destes direitos e deste controle. (COUTINHO, 2008, p. 99-100).

A capital goiana foi projetada segundo o conceito de cidade revolucionária e avançada na perspectiva urbanista brasileira. Teve sua construção iniciada no ano de 1933, baseada, na afirmação de Moraes (2006), nas linhas definidoras das cidades-jardins howardianas. Mesmo sendo a primeira capital planejada no século XX, os problemas logo se apresentaram.

O deslocamento da população com menor poder aquisitivo para locais distantes dos grandes centros urbanos são marcas de governos populistas. Isto contribui com a exclusão social. No processo de urbanização da capital goiana, esse fato é muito marcante e

remete inelutavelmente a outros dois deslocamentos o da descentralização e o da desconcentração. Pela descentralização fortalece-se a autonomia da esfera local, com a partilha de poder das esferas federal e estadual com as comunidades locais. Descentralização e, nesse caso, instrumento de democratização. A descentralização representa o deslocamento dos serviços, atividades e objetos de decisão, podendo implicar delegação de atribuições, permanecendo centralizado, porém, o poder de decisão. Desse modo, a desconcentração é necessária no processo de descentralização, mas não o suficiente. (SILVA, 2004, p.184-185)

O avanço do processo de ocupação da RNG se estende, a partir de 1983, com a eleição do prefeito Iris Rezende Machado pela construção de mil casas em um só dia na Vila Mutirão. Mesmo sem uma rede de serviços considerados essenciais como esgoto, asfalto, escolas, unidades de saúde, o bairro foi inaugurado e o fato largamente divulgado na mídia nacional como símbolo do progresso para a Região Centro Oeste.

Ao analisar os dados do quadro 1 a seguir, é interessante observar que 38,1% dos loteamentos que existiam na região, no período entre 1989 e 1990, encontrava-se em situação irregular como apresentam os quadros 1 e 2. E hoje, essa situação não mudou de forma significativa.

Quadro 1 - Situação fundiária dos loteamentos da Região Noroeste em 1989

N°	Loteamentos implantados até 1989	Situação fundiária
1	Chácara Mansões Rosa do Ouro	Aprovado em 16/05/1969
2	Chácara de Recreio São Joaquim	Aprovado em 16/05/1969
3	Sítio de Recreio Panorama	Aprov. Edital Incra de 05/07/1972
4	Chácara Parque Tremendão	Aprov. Edital Incra de 19/09/1972
5	Chácara de Recreio Morada do Sol	Aprovado em 28/11/1972
6	Chácara Maria Dilce	Aprov. Edital Incra de 1973
7	Sítio Recreio Estrela Dalva	Aprov. Edital Incra de 10/07/1979
8	Parque Aeronáutico Antônio Sebba Filho	Aprov. Decreto 557 de 26/09/1984
9	Vila Mutirão 1ª Etapa	Aprov. Decreto n. 621 de 14/11/1985
10	Vila Finsocial	Aprov. Decreto 629 de 18/11/1985
11	Vila Mutirão 2ª Etapa (Jardim Liberdade)	Aprov. Decreto n. 1079 de 09/03/1987
12	Vila Mutirão 3ª etapa (Novo Planalto)	Aprov. Decreto n. 1079 de 03/09/1987
13	Jardim Curitiba I	Irregular
14	Jardim Curitiba II	Irregular
15	Jardim Curitiba III	Irregular
16	Jardim Curitiba IV	Irregular
17	Ch. Pq. Tremendão (Paulo C. de Souza)	Irregular
18	Ch. de Recreio Morad do Sol (Nacional Imóveis)	Irregular
19	Jardim Paraguaçu	Irregular
20	Chácara Parque Tremendão	Clandestina
21	Condomínio Fortaleza	Clandestina
22	Chácara Helou	Clandestina
23	Privê Norte	Posses Urbanas
24	Posse Jardim Curitiba	Posses Urbanas
25	Posse da Vila Mutirão	Posses Urbanas

Fonte: Moysés (2004, p. 308), organizada pela autora..

Quadro 2 - Situação fundiária Região Noroeste na década de 1990

Nº	Loteamentos implantados a partir de 1990	Situação fundiária
1	Jardim Colorado (Fazenda Caveira)	Aprovado
2	Recreio Panorama	Aprov. Decreto n. 1572 de 28/12/1992
3	Vale Caraíbas (ch.168-Pq.Tremendão–Nadim Nucada)	Clandestina
4	Conjunto Habitacional Fonte Nova	Irregular
5	Green Park (antigo Minha Gente)	Irregular
6	Eduardo Bilemjian	Irregular
7	Reparc. Ch. Pq. Tremendão (Tremendão Lt.. N. Senhora)	Irregular
8	Residencial Maringá (Paulo Ninchi)	Irregular
9	Sítio Recreio Estrela Dalva (Chácara 5)	Irregular
10	Sítio Recreio Estrela Dalva (Chácara 15)	Irregular
11	Sítio Recreio Estrela Dalva (Chácara 18)	Irregular
12	Jardim Vista Bela	Irregular
13	Colorado II	Clandestina
14	Frigorífico Anglo	Glebas
15	Clube de Diretores Lojistas	Glebas
16	Reserva Propriedade Colorado	Glebas
17	Saneago	Glebas

Fonte: Iplan – Moysés (2004, p. 308).

Os governantes, ao visualizarem a valorização de terras que lhes são interessantes e próximos aos bairros mais valorizados levam ocupações para espaços cada vez mais distantes da cidade, nos quais elas ocorrem de maneira irregular e fica evidente,

que a municipalização afigura-se como um processo permanente de luta política em torno do fortalecimento do poder local nas dimensões legal, administrativa, financeira fiscal e, principalmente, política. Entendida como uma exigência do processo de democratização da sociedade brasileira, a municipalização continua a impor-se como (1) estratégia de luta contra a cultura autoritária e centralista em favor do fortalecimento do pacto federativo; (2) arena de questionamento do modelo de desenvolvimento e do sentido da reforma do Estado conduzidos pelo poder central: e (3) resistência dos municípios à tendência de desobrigação das esferas estadual e federal em face das políticas sociais, seja pelos mecanismos de retenção de recursos na

esfera federal, privilegiando-se o ajuste fiscal e o pagamento do serviço da dívida, seja pela “prefeiturização” a pretexto da descentralização: seja pela interpelação à chamada “comunidade solidária” e “voluntária” a pretexto de estimular a participação cidadão; seja, finalmente pelo favorecimento da lógica mercantil sob o pretexto de maior eficiência e da qualidade, sem compromisso com os amplos segmentos excluídos do mercado. (SILVA, 2004, p.185)

Concebe-se sociedade como um campo de interações, composto por diversos setores estruturados de instituições, que estabelecem uma permanente relação de interdependência, conflitante e descontínua, constituindo um conjunto complexo, do que faz parte a realidade na qual a população da Região Noroeste se encontra inserida. Algumas características destacam-se:

a primeira consiste na politização das camadas populares para o trato do déficit e da carência habitacional. A partir do Jardim Nova Esperança (primeiro bairro desta região, em julho de 1979), os “sem teto” passaram a fazer ocupações coletivas e organizadas, avançando pela Região Noroeste e por outras regiões da cidade, redefinindo em certa medida sua cultura política e a do próprio Estado. A segunda consiste na intensificação da degradação ambiental. (MOYSÉS, 2004, p. 288).

A leitura que se faz na região, como consequência dessas ocupações desordenadas, sem a implantação de serviços básicos para a população, como água tratada, energia, esgoto, escolas, serviços de lazer, assistência social e saúde, têm desdobramentos em todos os segmentos da vida da população de forma muito acentuada em relação ao meio ambiente. Nascentes de rios que serviam como espaço de lazer das famílias que habitavam a região na década de 1980. Atualmente estão assoreados, com pouca água e sem vida.

Quadro 3 - Comparativo da Situação fundiária da Região Noroeste

Situação fundiária	Até 1989		A partir de 1990		Total	
	Quant.	%	Quant.	%	Quant.	%
Aprovado	12	48	2	11,1	14	33,3
Irregular	7	28	9	52,9	16	38,1
Clandestino	4	16	2	11,8	6	14,3
Glebas	0	0	4	23,5	4	9,5
Posses Urbanas	2	8	0	0,0	2	4,8
TOTAL	25	100,0	17	100,0	42	100,0

Fonte: Moysés (2004, p.309).

A ocupação da RNG, segundo Moysés (2004 p. 310), foi marcada pela irregularidade. As pessoas foram assentadas e passaram a formar o que se chama até os dias atuais de baixada goianiense, bolsão de miséria da cidade, uma espécie de baixada fluminense.

A intervenção do Estado na região, conforme Moysés (2004), ocorreu em dois momentos: o primeiro, pela repressão militar, com proibição de ocupação de terras ociosas, como a ocorrida no Jardim Nova Esperança; no segundo ao sinalizar à solução dos problemas de moradia da população que se deslocou para a capital goiana.

Pode-se observar pelos dados citados que mais da metade dos loteamentos da região, ainda estavam, em 1989, em condições irregulares, clandestinos ou como posse urbana. Aqueles aprovados pelo Incra remetem à condição de espaço rural (fazendas ou chácaras) e os decretos à uma ação do gestor municipal, que se configura como resultado em luta política.

A segregação urbana própria do capitalismo periférico, também ocorre em Goiânia, Bairros como a Vila Mutirão, Jardim Curitiba I, II, III e IV e outros cresceram, sem políticas públicas que disponibilizassem equipamentos sociais, ou quando o fazem, não obedecem às exigências mínimas, como no caso das unidades de saúde da Região Noroeste. As duas unidades de saúde de emergência, Cais Curitiba e Finsocial, que atendem à população podem ser consideradas mais um centro de doenças do que de saúde, pois suas instalações são precárias. Os trabalhadores que atuam na unidade de saúde avaliam e fazem críticas aos seus espaços e suas condições de trabalho: faltam iluminação e ventilação, os corredores são estreitos, além de outros tantos problemas. No entanto, essas condições devem ser concebidas como um conjunto de elementos articulados entre si e com o espaço como também pela não atuação concreta no controle social da política de saúde por meio de reivindicações e estabelecimento de prioridades de ações como luta de classe.

Para apreensão dessa realidade, pode-se invocar a análise que se segue:

Marx apresenta o aparecimento da consciência de classe na burguesia e no proletariado como consequência da crescente luta política do Tiers État. E, ilustra as dificuldades de desenvolvimento da consciência de classe com o exemplo dos camponeses pequenos proprietários da França, que usavam seu direito de votar para se sujeitar a um senhor (Napoleão III), em lugar de se firmarem de maneira revolucionária como classe dominante. (BOTTOMORE, 2001, p. 76)

A discussão que se fez em relação à Região Noroeste de Goiânia, expôs o processo de segregação, a implantação das unidades da Estratégia de Saúde da Família e o controle social, materializado nos Conselhos Locais de Saúde que perpassados por questões históricas, econômicas, culturais e políticas interferem decisivamente no papel de cada um e na sua efetividade. Registra-se a maneira como ocorre a participação popular em espaços instituídos, como igrejas, associação de moradores, escolas, unidades de saúde, conselhos de saúde e outros equipamentos que deveriam ser implementados para assegurar direitos sociais, como estabelece a Constituição Brasileira de 1988, artigo 6º, que diz: “são direitos sociais a educação, a saúde, o trabalho, a *moradia*, o lazer, a segurança, a previdência social, a maternidade e a infância, a assistência aos desamparados” (BRASIL, 1988). Constata-se que a cidade é o espaço onde as pessoas vivem e se relacionam, manifestam seus problemas e também têm acesso aos serviços, que lhes proporcionam meios para satisfazer suas necessidades e identificar estratégias para gerenciá-la tendo como base o aumento populacional contínuo. O que se pode constatar no quadro seguinte:

Quadro 4 - População da Região Noroeste

Nº	Nome do bairro	Homens	Mulheres	Total
01	Boa Vista	1.847	1.867	3.714
02	Floresta	2.821	2.895	5.716
03	São Carlos	3.191	3.275	6.466
04	São Domingos	1.515	1.507	3.022
05	Chácara Helou	26	25	52
06	Ch. Maria Dilce	151	152	302
07	Cj. Primavera	3.563	3.550	7.113
08	Jd. Colorado	606	582	1.188
09	Jd. Curitiba	9.003	9.153	18.156
10	Jd. das Hortências	514	522	1.036
11	Jd. Liberdade	2.958	3.057	6.016
12	Jd. Nova Esperança	7.927	8.291	16.218
13	Jd. Vista Bela	290	279	568
14	Res. Barravento	7	7	14
15	Res. Fortaleza	358	361	718
16	Res. Maringá	337	342	679

N°	Nome do bairro	Homens	Mulheres	Total
17	Res. Privê Norte	374	378	752
18	Res. Recanto do Bosque	2.127	2.202	4.329
19	Res. Jardim Belvedere	7	7	14
20	S. Cândida de Moraes	1.165	1.283	2.468
21	S. Estrela Dalva	2.000	1.878	3.878
22	S. Morada do Sol	3.834	3.778	7.612
23	S. Novo Planalto	1.433	1.499	2.932
24	S. Parque Tremendão	4.142	3,989	8.131
25	Vila Finsocial	8.513	8.670	17.183
26	Vila Mutirão I	2.476	2.561	5.037
TOTAL		61.205	62.110	123.315

Fonte: GOIÂNIA. Secretaria de Planejamento Municipal – SEPLAM. Departamento de Ordenação Socioeconômico – DPSE. Os dados se referem ao censo demográfico, IBGE, 2000.

No processo de articulação entre serviços e cidadãos na implementação dos SUS emergem conceitos importantes na administração da política de saúde, tais como: descentralização e intersetorialidade. A descentralização é definida como

um processo que amplia redistribuição de poder, redefinição de papéis e estabelecimento de novas relações entre as três esferas de governo para garantir a direção única do serviço de saúde em cada uma delas. Implica responsabilizações quanto as ações e os serviços de saúde entre os diversos níveis – União, Estados e Municípios, distritos, regiões – considerando-se que, quanto mais perto dos problemas de uma comunidade o gestor estiver, melhor poderá resolvê-los (SILVA, 2005, p. 41).

A intersetorialidade constitui uma nova forma de atuar dos agentes públicos: gestores, trabalhadores, bem como dos usuários do SUS. É uma concepção que deve informar uma nova maneira de planejar, executar e controlar a prestação de serviços. Isso significa alterar toda a forma de articulação dos diversos segmentos da organização governamental e dos seus interesses dentro e fora da administração. A definição de intersetorialidade é bem ampla e o agir por meio dessa diretriz do SUS também o é. Assim,

o desenvolvimento de ações integradas entre os serviços de saúde e outros órgãos públicos com a finalidade de articular políticas e programas de interesse para a saúde, cuja execução envolva área não compreendida no âmbito do SUS, potencializando, assim, os recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos disponíveis e evitando a duplicidade de meios fins e idênticos (SILVA, 2005, p. 63).

Na década de 1990, o poder público fazia-se presente na RNG por meio das escolas. Na área da assistência social, o maior número de serviços oferecidos à população concentrava-se em ações efetivas por meio de Organizações Não Governamentais (ONGs). Coordenadas por grupos religiosos ligados à Igreja Católica elas, ainda hoje, permanecem na região atuando, sobretudo, nas orientações do controle social.³

O aumento da população fez com que o poder público planejasse a instalação de novos equipamentos sociais para atender à atual demanda por serviços na região, e na área da saúde houve aumento expressivo. Em relatório da Coordenação Colegiada da ESF da Secretaria Municipal de Saúde, datado de 16 de setembro de 2009, encontra-se registrado a existência, na RNG, de 17 unidades de atenção à saúde com 47 equipes, três Cais e uma maternidade. Registra-se aqui que é a única maternidade pública na capital goiana e considerada referencia em parto humanizado no Brasil e que foi construída e inaugurada com o acompanhamento e persistência dos conselhos locais da região noroeste.

Quadro 5 - Equipamentos Sociais Públicos na Região Noroeste – 1990

Área de atuação	Município	Estado	ONG	Total
Educação	13	13	-	26
Saúde	7	-	-	7
Assistência Social	6	8	14	28
Judiciária	-	1	-	1
Prod. Comercialização (Cooperativa)	-	-	1	1
Total	26	22	15	63

Fonte: Moysés, 2005, p. 347.

O quadro 5 mostra os equipamentos sociais na década de 1990, enquanto que o quadro 6 possibilita verificar as alterações ocorridas, principalmente na área da política de saúde, no período compreendido entre 1990 a 2009.

³ Destaca-se a participação da Irmã Katherine Popovic, que participa nos encontros dos Conselhos Locais de Saúde e também no Conselho Municipal.

Quadro 6 - Equipamentos Sociais Públicos na Região – 2009

Área de Atuação	Municipal	Estadual	Total
Assistência Social	07	-	07
Educação Infantil	18	-	18
Educação infantil 1ª Fase	22	-	22
Educação do Ensino Médio	-	14	14
Segurança	-	03	03
Saúde Urgência/Emergência	04	-	04
Estratégia de Saúde da Família	17	-	17

Fonte: GOIÂNIA. Secretaria Municipal de Assistência Social, de Educação, de Saúde e Secretaria Estadual de Educação. 2009.

Alguns equipamentos sociais que foram instalados na RNG, na década de 1990, tiveram a participação efetiva dos Conselhos de Saúde dos Cais Curitiba e Finsocial que muito contribuíram para a fiscalização, acompanhamento da construção, instalação e inauguração, como foi o caso da Maternidade Nascer Cidadão e da Unidade Básica de Saúde da Vila Mutirão, única unidade da Estratégia de Saúde da Família, com prédio próprio, construída com recursos do poder público municipal. As demais são precárias, ocupam casas locadas e, portanto, sem projetos de construção elaborados e aprovados em órgãos oficiais.

1.2 O Papel dos movimentos sociais na ocupação da Região Noroeste

Historicamente, os movimentos sociais atuam numa dada região conforme a necessidade de uma classe social, de determinado segmento da sociedade ou de um grupo. Atualmente, eles realizam suas atividades por meio de redes sociais, locais, regionais, nacionais e internacionais e utilizam meios mais modernos de comunicação, dentre eles a imprensa e a Internet, criando assim novos saberes.

Os movimentos sociais sempre estiveram envolvidos com a inserção da sociedade civil em conquistas importantes, como a posse da terra, a ampliação do sistema de saúde brasileiro e dos direitos políticos e sociais e de propostas de legislação que viessem garantir os direitos da criança, da mulher e do idoso.

Na década de 1990, ocorreu o surgimento de movimentos populares mais institucionalizados como Movimento Nacional de Luta pela Moradia, o Fórum

Nacional pela Reforma Urbana, Fórum Nacional de Participação Popular. Conforme Gohn (2003, p.21), registram-se também outros movimentos nessa década: dos indígenas, dos funcionários públicos – especialmente das áreas da saúde – e dos ecologistas.

No panorama geral, os movimentos sociais do início deste milênio, dentre os dez eixos temáticos apresentados por Gohn (2003), no recorte dessa dissertação, serão tratados especificamente três deles⁴ que irão subsidiar os estudos e análise no contexto da urbanidade de uma capital jovem que se apresenta com todos os seus problemas e conflitos:

1) lutas e conquistas por condições de habitabilidade na cidade, nucleados pela questão da moradia, expressa em três frentes de lutas: a) articulação de redes sociopolíticas que militam ao redor do tema urbano (do habitat, a cidade propriamente dita) e participaram do processo de construção e obtenção de uma “Estatuto da Cidade”; b) movimentos sociais populares dos sem-teto⁵ c) contra a violência urbana (no trânsito, ruas, escolas, ações contra as pessoas e seu patrimônio); 2) mobilização e organização popular em torno de estruturas institucionais de participação na estrutura político-administrativa da cidade (Orçamento Participativo e Conselhos Gestores); 3) mobilização e movimentos de recuperação de estruturas ambientais, físico-espaciais (como praças, parques), assim como de equipamentos e sérios coletivos (área da saúde, educação, lazer, esportes e outros serviços públicos degradados nos últimos anos pelas políticas neoliberais. (GOHN, 2003, p. 31)

A cidade assume movimentos dinâmicos de expansão e incorpora espaços segregados. Na capital goiana, esse processo não acontece de forma diferente. As posses, apesar dos protestos e das desconfianças que sempre existiram em relação aos seus moradores, deixaram de ser uma faceta escondida da sociedade e passaram a compor a paisagem da cidade.

A Região Noroeste de Goiânia é objeto de várias estudos, análises e pesquisas de graduação e pós-graduação, por suas características típicas: o processo de ocupação da Região, os investimentos ocorridos em diferentes governos em equipamentos sociais, na saúde, no meio ambiente que têm melhorado as condições de vida dos moradores. O processo de ocupação da *RNG* ocorreu pela *necessidade* de suprir uma das necessidades humanas básicas, pois

⁵ São denominados de sem teto, os moradores de ruas e participantes de ocupações de lotes e prédios abandonados.

a alimentação e o alojamento são próprios de todos os povos, porém há uma diversidade quase infinita de métodos de cozinhar e de tipos de habitação que são capazes de satisfazer qualquer definição específica de nutrição e abrigo contra as intempéries (PEREIRA, 2007, p. 75.)

O processo de ocupação da região, segundo Moysés (2004, p. 250), intensificou-se a partir do momento em que um grupo de famílias procurou uma forma alternativa de resolver seus problemas de moradia. Essas famílias, em sua grande maioria, viviam de aluguel, e suas rendas eram insuficiente para bancar o conjunto de despesas com alimentação, saúde, transporte em especial, moradia.

Um dos grandes desafios das políticas públicas está relacionado a uma das expressões da questão social, no caso, a falta de moradia da população. Em Goiânia, a história da ocupação organizada da terra tem seu marco importante na experiência do Jardim Nova Esperança, localizado na Região Noroeste de Goiânia, e iniciada em julho de 1979, MORAES (2006, p.189). Constituiu um espaço de ocupação em uma das regiões da capital goiana com maior índice de pobreza. Os posseiros, durante quatro meses, de julho a outubro de 1989, lutaram com a esperança de conseguir um pedaço de terra para construção de suas casas. Eles resistiram à forte repressão da policia, enfrentaram espancamentos, prisões de alguns, derrubada de barracos e cercas, de outros.

A forma de acesso da população ao processo produtivo é fundamental para entender a sua forma de participação no mundo em que se encontra inserida. Para Marx (2001), o modo de produção da vida material condiciona o processo de vida social, política e intelectual em geral. Não é a consciência dos homens que determina o seu ser; é inversamente, seu ser social que determina sua consciência

De acordo com depoimentos e relatos de moradores da região, a ocupação do Jardim Nova Esperança efetivou-se como pólo de luta pela terra e avançou pelas áreas vizinhas da antiga e extinta fazenda São Domingos, que passou a ser ocupada a partir de 1983. e teve seu ponto de eclosão no ano de 1989.

Transformou-se atualmente em um bairro consolidado com bancos, comércio intenso, um shopping center, indústrias e fábricas que oferecem opção de trabalho a um percentual considerável da população. Como também com serviços públicos nas áreas da assistência social, educação, saúde, segurança pública entre outros.

A história de ocupação do Jardim Nova Esperança é repleta de fatos marcados por momentos de violência e de esperança da realização de sonhos que se materializam no projeto de conquista da casa própria. A disposição dos posseiros era grande, e o dia 4 de outubro de 1979 ficou marcado na memória

das mais de mil famílias que há quatro meses ocupavam a área onde está o Jardim Nova Esperança. Três tratores, protegidos por mais de 100 soldados da Polícia Militar, destruíram aproximadamente 80 barracos. A operação começou por volta das quatro horas da manhã daquele dia e encerrou-se às 11 horas com o comandante geral da PM, coronel Aníbal de Carvalho Coutinho, dando ordem para a retirada da tropa pessoalmente. O dia 4 de outubro, atualmente, é um dia de festa. Os moradores dizem que ele foi um marco no movimento popular de Goiânia. A partir de então, foi criada a união das invasões, que acabou se transformando em Federação Goiana de Inquilinos e Posseiros, marcando saltos qualitativos na mobilização popular (Jornal O Popular, 1994).

Com a consolidação do processo de ocupação, as famílias perceberam a necessidade de organizarem em associações de moradores com o objetivo de permanecerem na terra. Ao lado dos rumores de desapropriação que estavam circulando pela imprensa registravam-se notícias de reintegração de posse, já definida pelo poder judiciário, cuja sentença determinava a remoção imediata dos posseiros, com a requisição de tropas da polícia militar.

Destaca-se, ainda, que o Jardim Nova Esperança passou a fazer parte da Região Noroeste desde 2009, por decisão do gestor municipal. Essa região, historicamente, possui questões relacionadas à falta de serviços públicos essenciais, como escolas, atendimento à saúde, assistência social, lazer, dentre outros. A maioria dos bairros da região, como já afirmado, teve sua origem pela posse da terra ou por meio de mutirões, por iniciativa do gestor da cidade. Características perceptíveis nos moradores da RNG e facilmente identificadas em razão de suas diferentes origens e culturas como

o modo de ver o mundo, as apreciações de ordem moral e valorativa, os diferentes comportamentos sociais e mesmo as posturas corporais são assim produtos de uma herança cultural, ou seja, o resultado da operação de uma determinada cultura (LARAIA, 1986, p. 68).

Ao estabelecer novos parâmetros à reflexão sobre as relações entre cultura e política pelo controle social democrático, é importante enfatizar a revisão do papel do Estado como também a pluralidade de relações de poder que se estabelece entre

estes e a sociedade civil. O resultado são as tomadas de decisão com a participação dos cidadãos em seus espaços sem deixar de considerar e respeitar os aspectos culturais.

A cidadania está inscrita no art. 5º da Constituição Brasileira (BRASIL, 1988) e o início das experiências dos conselhos de políticas públicas e de defesa de direitos no Brasil, foram considerados, na época de sua criação, como perspectiva de reforma política e de respeito ao cidadão, uma vez que a sociedade brasileira sempre conviveu com uma democracia de exceção e não como regra, uma vez que garante legalmente direitos sociais a todos os cidadãos, mas também os negam quando não permite a todos o acesso a serviços essenciais como assistência social, educação e saúde.

A participação social é o processo mediante o qual os membros de uma sociedade tomam parte na produção, na gestão e no usufruto dos bens dessa mesma sociedade (AMMANN, 1981, p. 53).

Os mecanismos que, basicamente, operam a participação da sociedade, segundo Touraine (*apud* AMMANN, 1981, p. 18) apresentam-se em nível de historicidade, nível institucional ou político e nível de organização social.

Modernidade e/ou modernismo⁶, no controle social, nas diferentes instâncias de políticas públicas são categorias a serem analisadas em perspectiva marxiana que deve envolver os novos paradigmas que se localizam no projeto da modernidade para apreender as múltiplas determinações que se desenvolvem nas relações dialéticas de continuidades e rupturas que se realizam na sociedade capitalista.

A discussão entre razão e modernidade, agregada à liberdade pelo processo histórico são definidoras das determinações lógicas e ontológicas da categoria *racionalidade*, os quais são apresentados por Guerra (2007, p. 42) na busca do

⁶ Hegel emprega o conceito de modernidade, antes de tudo, em contextos históricos, como conceito de época: “os novos tempos” são os “tempos modernos”. Isso corresponde ao uso contemporâneo do termo inglês e francês: por volta de 1800, *modern times* e *temps modernes* designaram os três séculos precedentes. A descoberta do “Novo Mundo”, assim como o Renascimento e a Reforma, os três grandes acontecimentos por volta de 1500, constituem o limiar histórico entre a época moderna e medieval (HABERMAS, 2002, p. 9).

significado de racionalidade como qualidade do que é racional e no sentido filosófico é aquilo que pertence à razão ou derivado dela, entre outros.

A autora defende ainda que a razão é que dá inteligibilidade aos fatos e eles se constituem nos seus fundamentos, ao mesmo tempo em que os fatos são constituídos, constitutivos e constituintes das relações racionais que obedecem aos princípios de causalidade e contradição. (GUERRA, 2007, p.43).

As concepções referentes à razão, e com ela seus atributos, vêm recebendo distintos tratamentos no decorrer da trajetória histórica da humanidade, pelas diferentes correntes do pensamento filosófico. Assim, a filosofia não se aliena dos problemas concernentes ao progresso, ao desenvolvimento das forças produtivas, ao desenvolvimento social e à luta de classes conforme Luckács, (*apud* GUERRA, 2007, p. 45).

Dentre as mais distintas e ambíguas compreensões de modernidade, Berman (*apud* Guerra, 2007, p. 89), propõe três fases: modernidade, modernismo e modernização. Ao conceber modernidade em perspectiva de processo, permeado de contradições, avanços e recuos, continuidade e rupturas estendem-se que, a retórica pós-modernista tenta romper, no qual localizam os movimentos sociais com todas as suas contradições.

Os movimentos sociais, em particular os que deram origem ao que se denomina *controle social* no contexto das políticas públicas são legítimos, porém sem reconhecimento, autonomia e expressividade. *Controle social* é a participação da sociedade civil organizada na gestão pública, possibilitando aos cidadãos meios e canais de fiscalização e controle das instituições e organizações governamentais, de modo a verificar a execução das decisões tomadas em seu nome.

Para alguns estudiosos como Coutinho e outros, o pensamento movimenta a história à medida que busca compreendê-la. Para outros, a história é o resultado da ação dos homens sobre a realidade. O sentimento revolucionário que assola o período atual dos movimentos sociais e que culmina quando a “velha toupeira” resolver interceptar as relações sociais tradicionais põe o princípio da causalidade no tribunal da história, ao mesmo que situa a contradição entre o velho e o novo modo de vida no centro da história (Guerra, 2009, p.90).

As contradições oriundas da realidade do Sistema Único de Saúde no Brasil, por meio da descentralização e da participação popular, é uma das características do processo de modernização que se introduz pelo princípio da atividade objetivando a transformação da sociedade civil.⁷ Este princípio proporciona vislumbrar a preocupação que devem ter os conselheiros de saúde, de transformar interesses particulares em coletivos como fundamento importante das relações modernas entre os Conselhos Locais de Saúde e o Conselho Municipal.

Considerados modernos meios de inserção da sociedade na vida política do país, os Conselhos de Direitos são espaços de organização e participação do cidadão na gestão das diferentes políticas públicas. Os Conselhos de Saúde, por terem se efetivado de forma mais organizada, representativa e legalizada a partir da Constituição Federal de 1988 e leis municipais posteriores têm importante papel na organização dos serviços pela participação nas Conferências de Saúde, realizadas nas diferentes esferas do governo, visto que fortalecem principalmente, o segmento dos usuários que tem representação de 50% em sua constituição para a efetivação do controle social no SUS.

1.3 A profissionalização e a participação popular na política de saúde

As unidades de saúde como espaço de aprendizagem e qualificação de profissionais para o serviço público tem sido um esforço crescente pela gestão federal que utiliza para esse fim das denominadas Residências Multiprofissionais (RM). Na capital goiana a primeira RM implantada está em funcionamento na UABSF da Vila Mutirão, a partir do primeiro semestre de 2010, que contemplou quatro categorias: enfermagem, farmácia, nutrição, odontologia e medicina. Contudo, o Serviço Social, apesar de compor a Residência Médica criada pela Universidade Federal de Goiás (UFG), ainda não está inserido na RM da RNG, esta é uma luta dos profissionais da região.

A primeira Residência em Medicina Comunitária no Brasil foi criada na década de 1976, pela Secretaria Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul, na

⁷ Esta análise é referenciada por Hegel, nos escritos sobre a Revolução Francesa, que permite um redimensionamento da categoria particularidade enquanto campo de luta e tensão entre as necessidades singulares e universais (Luckács, 1968^a. p.54).

Unidade Sanitária São José do Murialdo. Tinha como proposta formar profissionais com uma visão integrada sobre saúde clínica, saúde mental e saúde pública com perfil humanista e crítico. Dois anos depois, a Residência do Murialdo tornou-se multiprofissional.

No ano de 1977, por meio do Decreto nº 80.281 (BRASIL, 1977), cria-se a Residência Médica, modalidade de pós-graduação *lato sensu*, caracterizada pela formação em serviço, considerada *padrão ouro* da especialização médica. O texto desse decreto instituiu também, no âmbito do Ministério da Educação, a Comissão Nacional de Residência Médica, com a responsabilidade de estabelecer princípios e normas de funcionamento, credenciamento e avaliação das condições de ofertas dos programas de residência médica.

A aprovação das residências multiprofissionais no Brasil ocorreu no contexto histórico da ditadura militar, período em que o então Ministério da Previdência e Assistência Social, financiava com dinheiro público o poderoso complexo médico industrial, bem como a resistência médica apoiada pelo Movimento da Reforma Sanitária, um modelo de formação profissional baseado na especialização e fragmentação do conhecimento, como também na visão de doença como fenômeno biológico.

Durante a realização da 8ª Conferência Nacional de Saúde, em 1986 foi promulgada a proposta, incorporada pela Constituição de 1988, de criação do Sistema Único de Saúde (SUS), no qual cabe a função de ordenar a formação de recursos humanos em saúde, com a aproximação e participação do Ministério da Educação, o que não é tarefa fácil.

No ano de 2002, foram criadas 19 residências multiprofissionais em saúde da família, com financiamento do Ministério da Saúde (MS), com formatos diversificados, mas com a perspectiva de trabalhar integradamente com todas as profissões da saúde.

O MS vem apoiando as Residências Multiprofissionais em Saúde (RMS) desde 2002, por meio do projeto Reforço à Reorganização do SUS – Reforsus, uma iniciativa com financiamento do Banco Interamericano de Desenvolvimento (BID) e Banco Mundial, que tem como objetivos promover a qualidade da assistência, dos

insumos e da gestão da rede de serviços de saúde, reduzindo custos e utilizando forma mais eficaz, os recursos públicos; aumentar o grau de responsabilidade técnica e gerencial dos órgãos gestores e prestadores de serviços e promover a equidade. Para tanto, o MS apóia programas que atuem de maneira a intervir simultaneamente nos principais pontos de estrangulamento do Sistema Único de Saúde e que contribuam para a superação dos principais problemas de saúde da população. A partir de 2003, com a criação da Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde (SGTES), na estrutura do MS, instituiu-se a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, expressa na Portaria n° 198, de 13 de fevereiro de 2004 (BRASIL/MS, 2004).

O estabelecimento de financiamento regular para os programas de Residência Multiprofissional de Saúde no Brasil e o investimento na sua potencialidade pedagógica e política, têm por objetivo possibilitar tanto a formação de profissionais quanto contribuir com a mudança do desenho técnico assistencial do SUS.

O marco legal que regulamentou a Residência em Área Multiprofissional em Saúde (CRMS), foi a Lei n°. 11.129, de 30 de junho de 2005 (BRASIL, 2005). O MS, cumprindo o seu papel de gestor federal, elaborou, por meio do Departamento de Gestão da Educação na Saúde (DEGES/SGTES), as portarias que regulamentam a lei e subsidiam o financiamento das RMS, a saber: Portaria n° 1.111, de 05 de junho de 2005, (BRASIL/MS, 2005 a.), Portaria 1.143 de 07 de julho de 2005 (BRASIL/MS, 2005 b.), Portaria Interministerial n° 2.117 de 03 de novembro de 2005 (BRASIL/MS, 2005 c).

Paralelamente à regulamentação da RMS foram realizadas discussões com a ampla participação dos Ministérios da Educação (MEC), Saúde e o Conselho Nacional de Saúde, que culminou com a organização do I Seminário Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde, realizado em dezembro de 2005, com a participação de mais de 150 participantes representantes de gestores, controle social, de executivas de cursos da área da saúde, de residentes e coordenadores de RMS. O Objetivo do Seminário foi iniciar o processo de reflexão e debate, com base em relatos das experiências dos programas já financiados pelo MS, tendo em vista a obtenção de subsídios.

O Reforsus deve financiar projetos em todas as unidades da federação, agrupando os dois portes, segundo o valor máximo a ser financiado no primeiro ano: projetos de *maior porte*, no total de 13, com teto de financiamento de trezentos e cinquenta mil reais, para as unidades da federação (UFs) com população superior a três milhões de habitantes, a saber: São Paulo (SP), Minas Gerais (MG), Rio de Janeiro (RJ), Bahia (BA), Rio Grande do Sul (RS), Paraná (PR), Pernambuco (PE), Ceará (CE), Pará (PA), Maranhão (MA), Santa Catarina (SC), Goiás (GO) e Paraíba (PB). Essas UFs abrangem cerca de 85% da população brasileira; projetos de *porte médio* ou pequeno, no total de 14, com teto de financiamento de duzentos e cinquenta mil reais, para as demais UFs Espírito Santos (ES), Piauí (PI), Alagoas (AL), Rio Grande do Norte (RN), Mato Grosso (MT), Amazonas (AM), Mato Grosso do Sul (MS), Distrito Federal (DF), Sergipe (SE), Rondônia (RO), Tocantins (TO), Acre (AC), Amapá (AP) e Roraima (RR).

Existe um aspecto contraditório na participação social nas várias políticas públicas, pois elas se fazem pela razão direta da autonomia e inversa da dependência de uma determinada sociedade. Nas relações dos Conselhos de Saúde com a gestão ocorrem as relações de dominação e poder, com sustentação dos aparelhos do Estado por meio de seus aparatos ideológicos. Características dessa afirmação são as condições de funcionamento dos conselhos locais: possuem autonomia, mas não tem acesso às reais condições materiais para seu funcionamento, sobretudo acesso a recursos financeiros, por meio do Fundo Municipal de Saúde.

CAPÍTULO II

A 1ª CONFERÊNCIA MUNICIPAL DE SAÚDE COMO MARCO HISTÓRICO POLÍTICO DA CRIAÇÃO DOS CONSELHOS DE SAÚDE DA CAPITAL GOIANA

2.1 A criação dos CLS e do CMS ao mapeamento atual das unidades e os Conselhos Locais na Região Noroeste e dos Distritos Sanitários de Goiânia

Nas relações que se estabelecem entre conselheiros de saúde e gestores, há uma diferença entre o que a legislação vigente estabelece a respeito das suas funções e, de outro lado, a prática política. A Lei n.º. 8.142/90 que dispõe sobre a *participação da sociedade civil organizada* na gestão do Sistema Único de Saúde, indica que o Conselho de Saúde tem caráter permanente e deliberativo. É órgão colegiado composto por representantes de usuários, profissionais de saúde, do governo e de prestadores de serviço que devem atuar na elaboração do Plano de Saúde do Município, formulando estratégias de execução da política de saúde na instância correspondente, incluindo os aspectos econômicos e financeiros e suas decisões devem ser homologadas pelo gestor do poder legalmente constituído em cada esfera do governo.

Fundamentalmente, o Sistema Único de Saúde no Brasil está vinculado a três documentos: à Constituição Federal de 1988 (BRASIL, 1988), no qual a saúde, a previdência e a assistência social apresentam-se como partes constitutivas da seguridade social, ou seja, formam o tripé da seguridade social; à Lei n.º 8.080/1990, também denominada, Lei Orgânica da Saúde (LOS) que trata, sobretudo da organização do SUS e da regulação das ações e serviços de saúde em todo o território nacional e a Lei n.º. 8.142/1990 que orienta sobre o formato da participação popular no SUS, dispondo sobre as formas de financiamento na saúde. Vale destacar, ainda, a Resolução n.º 333/2003, do Ministério da Saúde (BRASIL/MS, 2003) que aprovou diretrizes para criação, reformulação, estruturação e funcionamento dos Conselhos de Saúde em cada esfera de governo. Consubstancia a participação da sociedade organizada na administração da política de saúde, como subsistema da seguridade social, ao propiciar o controle social. A resolução

assegura ainda que os conselhos deverão atuar na formulação e proposição de estratégias e no controle da execução de políticas públicas de saúde, incluindo os seus aspectos econômicos e financeiros. Destacam-se ainda as Normas Operacionais Básicas de Recursos Humanos (Nobs), Normas Operacionais da Assistência à Saúde (Noas) e Normas Operacionais do SUS⁸

O sistema de saúde no Brasil, pelo art. 198 da Constituição Federal (BRASIL, 1988), dispõe sobre as ações e serviços públicos de saúde que integram uma rede regionalizada e hierarquizada, em um sistema único, que se organiza de acordo com as seguintes diretrizes:

I - descentralização, com direção única nas três esferas de governo; II – atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sempre sem prejuízo dos serviços assistenciais; III – participação da comunidade, ou da sociedade civil organizada (BRASIL, 1988).

O art. 7º da LOS estabelece as ações e os serviços públicos de saúde e os serviços privados contratados ou conveniados que integram o Sistema Único de Saúde que, por sua vez, são desenvolvidos de acordo com as *diretrizes* previstas no art. 198 da Constituição Federal (BRASIL, 1988), obedecendo, dentre outros, aos seguintes *princípios*:

I - universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência; II – integralidade de assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de assistência; III – preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral; IV – *igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie*; V – *direito à informação, às pessoas assistidas, sobre sua saúde*. (BRASIL, 1990).

⁸ NOB 1/91: define o pagamento da unidade de cobertura ambulatorial (UCA) e das AIHS diretamente aos prestadores e o custeio de programas especiais.
 NOB/1/93: cria a CIT e a CIB como assessoria técnica ao Conselho Nacional de Saúde (CNS) e do Conselho Estadual de Saúde (CES), disciplina o processo de habilitação de estados e municípios, normaliza a descentralização com ênfase na municipalização.
 NOB 1/96: fruto de um amplo processo democrático que possibilitou a participação de diferentes segmentos da sociedade, em especial dos gestores das três esferas de governo no Conselho Nacional de Saúde.
 NOB-RH: marca a assunção do MS, Conass e Conasemas no equacionamento da questão da política governamental de recursos humanos em saúde.
 NOAS: define o Estado como coordenador do SUS no âmbito estadual; amplia a responsabilidade dos municípios na atenção básica entre outras; Normas Operacionais do SUS: PORTARIAS DO Ministério da Saúde que representam instrumentos de regulação e definem objetivos e estratégias do processo de descentralização da política de saúde, tratando especialmente da divisão de responsabilidades, relações entre os gestores e critérios de transferência de recursos federais para Estados e Municípios não previstos nas Leis nº 8.080/90 e nº 8.142/90, conforme (SILVA, 2005, p. 71-72).

No município de Goiânia, a Lei de criação dos Conselhos Locais de Saúde antecede a do Conselho Municipal, visto que este foi criado por meio do Decreto n.º 1.426 de 14 de novembro de 1991. Os CLS foram oficialmente regulamentados por meio da Lei n.º 18, de 18 de outubro de 1993 (GOIÂNIA, 1993) e o CMS pela Lei n.º 8.088, de 10 de janeiro de 2002 (GOIÂNIA, 2002).

As plenárias do Conselho Municipal de Saúde são realizadas mensalmente visando dar oportunidade para que os Conselhos Locais de Saúde possam apresentar um panorama de funcionamento da unidade por eles representada, por meio da fiscalização dos serviços apresentados e pelas alternativas que possam contribuir para a solução dos problemas enfrentados pelos gestores.

Um ponto que se apresenta sempre como polêmico e de difícil consenso é a apreciação e aprovação da prestação de contas e das ações dos gestores da Secretaria Municipal de Saúde. A relação dos conselheiros de saúde com a gestão explicita-se no momento de aprovação ou não das contas apresentadas pelo gestor, que qualificam a gestão para o recebimento de novas verbas. Ao questionar a relação entre sociedade política e sociedade civil, reflexo do conjunto das relações sociais de produção, a base da análise das relações deve estar devidamente unida ao bloco histórico de maneira dialética, em dois momentos:

o momento estrutural, pois ele é a base que engendra diretamente a superestrutura, que no início é apenas o seu reflexo: durante o período considerado, a superestrutura só poderá desenvolver-se e agir entre limites estruturais bem precisos: assim, a estrutura influi, constantemente sobre a atividade superestrutural. O momento ético-político desempenha de qualquer modo, em função dessa base, um papel motor. É ele que desenvolve a consciência de classe dos grupos sociais, que os organiza política e ideologicamente; no seio da superestrutura, então, desenvolva-se o essencial do movimento histórico e a estrutura torna-se instrumento da atividade superestrutural (PORTELLI, 1977, p. 98).

Os escritos marxistas tratam da relação entre o abstrato e o concreto, que não se reduz somente ao movimento do pensamento, mas também à forma de ser e as relações que são produzidas por estas. Mas, pelo aprofundamento destas com aproximações sucessivas de forma a ampliar as relações estabelecidas entre sociedade civil e o Estado.

Nessa perspectiva, o vínculo entre o contrato e a vontade geral expresso por Rousseau articula-se com a vontade nacional popular gramsciana, no motor de um bloco histórico que se materializa em diferentes grupos sociais capazes de propiciar

aos indivíduos a superação de interesses particulares para se obter a consciência de classe que defende

a relação de termos usados por Gramsci e Hegel como hegemonia e ético-político, servindo-se também de Rousseau na concepção de política como contrato para se formar a intersubjetividade da vontade geral e vontade nacional-popular, apesar de discordarem em alguns conceitos outros são relevantes (COUTINHO, 2008, p. 140).

A Revolução Passiva, analisada nos escritos gramscianos, refere-se a um momento histórico de transformação da sociedade civil, mas, que paradoxalmente, ocorre sem a participação dela, visto que se realiza de cima para baixo, ou seja, sem a participação da classe subalterna, ocorrendo no caso, a *transformação pelo alto*. O autor chama a atenção para o

transformismo como uma das formas históricas daquilo que já foi observado sobre a revolução-restauração” ou “revolução passiva” [...]. Dois períodos de transformismo: 1) de 1860 até 1900, transformismo “molecular”, isto é, as personalidades políticas elaboradas pelos partidos democráticos de oposição se incorporam individualmente à “classe política” conservadora e moderada (caracterizada pela hostilidade e toda intervenção das massas populares na vida estatal, a toda reforma orgânica que substituísse o rígido “domínio” ditatorial por uma hegemonia”); 2) a partir de 1900, o transformismo de grupos radicais inteiros, que passam ao campo moderno. (COUTINHO 2008, p.104)

Novidade, complexidade e inexperiências são palavras que devem ser consideradas para a realização de uma análise sobre a participação dos cidadãos nas deliberações, na fiscalização e na avaliação dos serviços públicos de saúde. São iniciativas estabelecidas pela Resolução n° 333 (BRASIL, 2003) que aprovou as cinco diretrizes de funcionamento dos conselhos de saúde. A primeira define o que são conselhos de saúde; a segunda trata da sua criação e reformulação, a terceira, da organização, a quarta, da estrutura e funcionamento, e a quinta, das competências. A primeira diretriz reafirma que o Conselho de Saúde é órgão colegiado, deliberativo e permanente do Sistema Único de Saúde em cada esfera de governo, integrante da estrutura básica do Ministério da Saúde, da Secretaria de Saúde do Estado, do Distrito Federal e dos municípios, com composição de acordo com a Lei n° 8.142/90 (BRASIL, 1990).

No processo de elevação do abstrato ao concreto, o campo da saúde apresenta de forma ampliada o entendimento sobre saúde como *estado de completo bem-estar físico, psíquico e social sem desprezar a aproximação com a realidade*

complexa que envolve as diferentes políticas públicas. Desde a realização da 8ª Conferência Nacional de Saúde, que foi o grande marco nas histórias das conferências de saúde no Brasil. Foi a primeira vez que a população participou das discussões, e suas propostas foram contempladas tanto no texto da Constituição Federal de 1988 (BRASIL, 1988) como nas leis orgânicas da saúde, nº. 8.080/90 e nº. 8.142/90. Participaram dessa conferência mais de 4.000 delegados, impulsionados pelo movimento da Reforma Sanitária, e propuseram a criação de uma ação institucional correspondente ao conceito ampliado de saúde, que envolve promoção, proteção e recuperação. Realizada em Brasília, sob responsabilidade do Ministério da Saúde, de 10 a 12 de outubro de 1986, ampliou o conceito de saúde como: resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde (BRASIL, 1987).

A saúde não deve ser apreendida somente, como serviço ao qual se tem acesso o contribuinte da previdência, mas como direito de todos os cidadãos. Será que vêm sendo realizados os vários procedimentos que a população deveria ter acesso? A mídia, infelizmente tem revelado outro quadro, haja vista o estudo elaborado pelo médico Adib Jatene⁹ e entregue ao Presidente Lula em 1º de agosto de 2008, intitulado *As causas sociais das iniquidades em saúde no Brasil*. Para realização do estudo, Jatene contou com a participação de 17 personalidades nas áreas médica e social, dentre elas, Zilda Arns¹⁰ e o jurista Dalmo

⁹ Adib Domingos Jatene natural de Xapuri, onde nasceu em 4 de junho de 1929) é médico (cirurgião torácico), professor universitário e cientista brasileiro. Filho de imigrantes árabes,^[1] formou-se em Medicina na Universidade de São Paulo, na qual tornou-se depois, professor. Conhecido e respeitado internacionalmente, realizou dezenas de inovações no meio médico, como o inventor de uma cirurgia do coração, que leva seu nome, para tratamento da transposição das grandes artérias em recém-nascidos, e do primeiro coração-pulmão artificial do Hospital das Clínicas. Jatene foi Secretário Estadual de Saúde no governo Paulo Maluf e duas vezes Ministro da Saúde, durante o Governo Collor e, a última delas, no governo de Fernando Henrique Cardoso. É membro da Academia Nacional de Medicina. (<http://pt.wikipedia.org/wiki>)

¹⁰ Zilda Arns Neumann nasceu em Forquilha, em 25 de agosto de 1934 e morreu em Porto Príncipe, aos 12 de janeiro de 2010, foi uma médica pediatra e sanitarista brasileira. Formada em Medicina pela Universidade Federal do Paraná (UFPR), aprofundou-se em saúde pública, pediatria e sanitarismo, visando salvar crianças pobres da mortalidade infantil, da desnutrição e da violência em seu contexto familiar e comunitário. Compreendendo que a educação revela-se a melhor forma de combater a maior parte das doenças de fácil prevenção e a marginalidade das crianças, para aperfeiçoar a sua ação, desenvolveu uma metodologia própria de multiplicação do conhecimento e da solidariedade entre as famílias mais pobres. Para desenvolver essa metodologia, foram criados três instrumentos, utilizados manualmente a cada mês: Visita domiciliar às famílias, *Dia do Peso*, também chamado de *Dia da Celebração da Vida*, Reunião Mensal para Avaliação e Reflexão. Foi fundadora e coordenadora da Pastoral dos Idosos que atende a mais de cem mil idosos mensalmente com apoio de 12 mil voluntários de 579 municípios em 141 dioceses de 25 Estados brasileiros. (<http://pt.wikipedia.org/wiki>)

Dallari¹¹. Em entrevista à revista Carta Capital de 27 de agosto de 2008, páginas 34-39, Jatene como defensor do SUS e crítico do neoliberalismo, assinala que, *a solução nas grandes cidades é ampliar o programa dos agentes comunitários, um dos projetos que mais o entusiasma. Ao ser questionado sobre o que determina que, em termos de saúde, não haja números satisfatórios, Jatene afirma,*

temos dois sistemas de saúde, o público e o privado. Funcionam de forma totalmente diferente. No passado, os hospitais públicos eram os mais importantes, tinham as melhores tecnologias, mais bem equipados. Nos últimos 30 anos, a situação mudou. Os hospitais públicos foram progressivamente perdendo lugar aos privados. Os públicos que dependem do SUS não têm dinheiro nem para os gastos correntes. Esse é um dos motivos que me levam a discordar que o problema de saúde é de gestão. É claro que a governança pode melhorar, deve melhorar. Mas, sem dinheiro para os gastos básicos, só melhorar a gestão não será suficiente.

O período de transição do capitalismo concorrencial ao monopolista, uma característica presente, tanto na sociedade civil quanto na mercantil, foi o domínio do monopólio de grandes grupos dominantes. Netto (2006, p.20) expõe que a organização monopólica obedeceu à urgência de viabilizar um objetivo primário: o acréscimo dos lucros capitalistas pelo controle do mercado.

No processo de organização do sistema público de saúde no Brasil, a privatização é um processo que avança a passos largos. Os laboratórios de imagem, as cirurgias eletivas, os exames considerados de alto custo são operados por empresas contratadas. Netto (2005, p. 23) afirma que o processo articulado da organização monopólica com essas características, torna claro o seu perfil novo em face do capitalismo de corte concorrencial.

O SUS, mesmo sem os recursos necessários, avançou em prestação e qualidade de serviços oferecidos. Na trajetória do Brasil, sua inserção na economia mundial está cravada de ações consideradas atrasadas, no entanto, houve mobilidade social que foi acompanhada da instalação da infraestrutura necessária à

¹¹ Dalmo de Abreu Dallari nasceu em Serra Negra, em 31 de dezembro de 1931) e é um jurista brasileiro. Professor Emérito da Faculdade de Direito da Universidade de São Paulo. Suas principais obras destacam-se *Elementos de Teoria geral do Estado*. Em 2001, publicou obra pioneira acerca das perspectivas do Estado para o futuro, intitulada *O futuro do Estado*, que trata do conceito de Estado mundial, do mundo sem Estados, dos chamados Super-Estados e dos múltiplos Estados do Bem-Estar. Em 1996, tornou-se o professor catedrático da Unesco na cadeira de *Educação para a Paz, Direitos Humanos e Democracia e Tolerância*, criada na Universidade de São Paulo, tendo participado de seu primeiro congresso em 1998. (<http://pt.wikipedia.org/wiki>)

população. Mesmo que não tenham sido implementadas em sua plenitude, percebem-se avanços em todas as áreas: habitação, escolas, asfalto, saúde e outras.

Ao ser questionado sobre a perpetuação da desigualdade no sistema de saúde Jatene afirma à Revista Carta Capital,

criamos, com o SUS o programa de saúde da família e dos agentes comunitários de saúde. Nas áreas em que o programa está implantado, a situação é muito contável. Isso começou em 1994, quando Henrique Santillo era ministro da Saúde. Ao assumir o ministério, a estrutura estava incipiente. Damos ênfase ao programa. Hoje há mais de 4 mil municípios com o programa instalado. Após a implantação do saúde da família, sem que ocorresse nenhuma mudança socioeconômica na região, o índice caiu para 19 mil nascidos.

A participação da população na gestão, controle e avaliação da política de saúde é mais um avanço, pois indica a possibilidade sempre inacabada do processo de construção da sociedade civil sem desconsiderar a vontade coletiva concebida por Gramsci. A questão da legitimidade dos Conselhos Locais de Saúde deve ser considerada na sua representação que toma que tem por base as condições objetivas do processo de participação. Os CLSs não podem ser analisados como fenômenos isolados vinculados à realidade na qual a população se insere. Para Ammann (1981, p. 17) a participação constitui-se em um processo que obviamente carece de requisitos para sua demarcação e sua consolidação.

No seu art. 14, a Constituição Federal (BRASIL, 1988), dispõe que a participação popular exige que a soberania popular seja exercida pelo sufrágio universal e pelo voto direto e secreto, com valor igual para todos, e nos termos da lei mediante: plebiscito, referendo e iniciativa popular. A aprovação da Constituição Nacional completou 22 anos mas a sua regulamentação mediante lei ainda não se efetivou devidamente. No entanto, por meio dos conselhos paritários, um campo privilegiado da participação popular, esses espaços vem se configurando como meio à formação de uma nova consciência política.

2.2 Os Conselhos Locais de Saúde da Região Noroeste e seu processo de formação continuada

O controle social, exercido também pela da sociedade civil organizada, nas

diferentes estâncias da política pública, é uma iniciativa recente na história sociopolítica e cultural no Brasil. Como já visto, o controle social foi estabelecido pela Constituição de 1988, materializada pela LOS, pela Lei n.º. 8.142 de 10 de dezembro de 1990 (BRASIL, 1990b) e supõe Estado de direito, democracia, participação popular, sugestão e partilhamento nas decisões em espaços públicos pela sociedade civil organizada, de forma a exercer o controle sobre as ações do Estado nas dimensões política, técnica e éticas, ao visar o protagonismo do cidadão no acesso e usufruto a bens e serviços de saúde e seu usufruto.

O avanço da participação dos cidadãos na dinâmica formulação, execução e avaliação da política de saúde desencadearam a criação dos conselhos locais de saúde como meios de participação na gestão e fiscalização do plano, programa, projetos no controle dos serviços. A discussão suscitada na II Conferência Municipal de Goiânia destacou a criação dos Conselhos Locais de Saúde, conforme recomendações divulgadas no Boletim Informativo do Conselho Municipal de Saúde de Goiânia (julho, 1993, p. 1).

Todas as unidades do Sistema Único Municipal de Goiânia terão um Conselho Local de Saúde; o Conselho Local de Saúde fará parte do organograma da Unidade de Saúde; a composição dos Conselhos Locais de Saúde será paritária de acordo com as normas do Conselho Municipal de Saúde, sendo 50% (cinquenta por cento) de representantes de usuários das Unidades e 50% (cinquenta por cento) de trabalhadores e da Direção da Unidade; os representantes dos usuários deverão residir na área de abrangência da Unidade de Saúde; o processo de escolha dos membros poderá ser através de Assembléia Geral ou Eleição; Para escolha dos membros do Conselho Local de Saúde, recomenda-se um mínimo de duas reuniões.

No processo histórico brasileiro, tomaram força as manifestações sociais expressas, dentre outras pelo Movimento da Educação de Base e nas Comunidades Eclesiais de Base que se fundamentavam na proposta de educação popular, formulada por de Paulo Freire, década de 1960.

A introdução da categoria *educação popular* que, no Brasil nasceu na década de 1960 e se afirmou nas duas décadas seguintes. Durante a ditadura militar, a educação formal tinha por base a formação de mão de obra para o capital, no entanto a educação popular constituiu-se em um processo de construção da cidadania, buscando reconhecer os indivíduos como agentes na construção da história:

a educação popular é o processo de formação e capacitação que se dá dentro de uma perspectiva política de classe e que toma parte ou se vincula à ação organizada do povo, das massas, para alcançar o objetivo de construir uma sociedade nova, de acordo com seus interesses.(HURTADO, *apud* MOSER E RECH, 1993, p.194).

Considera-se que a educação popular é um processo de formação, capacitação e de emancipação das classes subalternas que ocorre na perspectiva política de classe e que se vincula à ação organizada do cidadão, objetivando um novo projeto societário, de caráter consciente e politizado, ao buscar os meios necessários para alcançar seus fins. O controle social, nesse processo, é uma parte estruturante desse projeto e, na política de saúde brasileira, desempenha um importante papel. Assim, apostar no controle social e no desempenho dos conselheiros de saúde significa qualificá-los como sujeitos sociais, capazes de atuar de forma consciente e articulada nos espaços institucionais e, contribuir pela melhoria da saúde pública, por meio das três diretrizes do SUS: descentralização, integralidade e participação da população.

A educação popular, entendida por Freire (2002, p. 68), como o momento da problematização do homem-mundo ou do homem em suas relações com o mundo e com os homens ao possibilitar que esses aprofundem sua tomada de consciência da realidade na qual se encontram inseridos. Deve-se, portanto, fazer andar o processo de conscientização para a cidadania ativa, que também acontece na área da saúde¹².

A qualificação das ações profissionais do Serviço Social, após aprovação da Constituição de 1988 (BRASIL, 1988), exige ainda mais qualificação profissional. A ampliação dos direitos sociais, princípios como a descentralização e a municipalização das políticas sociais e a instituição dos Conselhos de Direitos apontam novas possibilidades de trabalho. Em Serviço Social na contemporaneidade, lamamoto, assegura que

¹² 1. Dentro dos espaços institucionais: as esferas de controle social do SUS, como conferências, Conselhos de Saúde, audiências públicas, etc., são espaços em que os cidadãos podem exercer o direito e o dever de cidadania; 2. Além dos espaços institucionais: a educação deve fortalecer os diferentes espaços organizativos e concorrer para que haja articulação entre eles. O controle social no SUS deve romper as barreiras dos espaços institucionais a serem exercidos dentro dos diversos movimentos, entidades comunitárias, sindicatos, etc., mesmo que estes estejam vinculados a qualquer instância institucional. (MOSAR E RECH, 2003, p. 195-196)

o Serviço Social na contemporaneidade é muito mais do que um título formal, pois sintetiza o desafio decifrar os novos tempos para que deles se possa ser contemporâneo. Exige-se um profissional qualificado, que reforce e amplie a sua competência crítica; não só executivo, mas que pensa, analisa, pesquisa e decifra a realidade (IAMAMOTO, 2008, p. 49).

O novo perfil é desafiador e muito instigante, pois exige dos profissionais reflexões constantes, não somente no ambiente de trabalho, mas em suas dimensões macroscópicas nas diversas manifestações cotidianas. É preciso que os profissionais se dediquem a leituras atualizadas à criatividade e busquem entender a sociedade do tempo presente para nela atuar como ser inserido na cultura e na história do país e do mundo.

E, nesse processo, destaca-se a função pedagógica da prática do Serviço Social, segundo Abreu (2002, p. 92), em diferentes momentos de sua história, o assistente social passou a conhecer a pedagogia da ajuda, da participação popular e da emancipação humana no tocante às classes subalternas. Conforme a autora, essas funções possibilitam aos profissionais desenvolverem estratégias e mecanismos que podem despertar grupos sociais no movimento de superação da concepção de mundo na qual eles se encontram inseridos.

Como ser social e histórico que vive na sociedade, o homem é um ser de reflexão e ação, conforme Freire (1971, p. 28). Ele possui a capacidade de, ao atuar, transformar-se e, também, a sua realidade, com expectativa da melhoria das condições concretas de vida social, econômica, política e cultural. É o que se espera do controle social na saúde: a melhoria dos serviços prestados e também ações propositivas e fiscalizadoras, apresentadas por meio das conferências de saúde e dos conselhos de saúde.

No período pesquisado, de 1989 a 2009 o município de Goiânia realizou quatro Conferências¹³ Municipais de Saúde. A participação da sociedade civil e trabalhadores são fatores de relevância. Percebe-se que ocorre um aumento significativo representantes, sobretudo de usuários. Os dados referentes às

¹³ As Conferências de Saúde e os Conselhos de Saúde são considerados mecanismos de controle social. A Conferência de Saúde é uma reunião de representantes de vários segmentos sociais com o objetivo de avaliar a situação da saúde e propor as diretrizes para a formulação da política de saúde em cada nível de governo municipal, estadual e federal – convocada pelo poder executivo ou extraordinariamente, por ele e/ou pelo Conselho de Saúde que deverá reunir-se a cada quatro anos (SILVA, 2005, p. 32-33).

conferências, realizadas na capital goiana, pesquisados no Conselho Municipal de Saúde demonstram que os Conselhos Locais de Saúde foram se efetivando e seguindo esse caminho a participação popular, por meio das conferências.

Das propostas sugeridas nas conferências, observa-se a necessidade de realizar formação continuada dos conselheiros de saúde de Goiânia e da Região Noroeste, auxiliando-os e possibilitando-lhes conhecimentos de forma a perceberem seu papel. Nessa perspectiva, deve-se utilizar o método de educação, proposto por Freire, que se embasa no diálogo e na libertação e entender a sua dinâmica interna para atuar sobre elas e transformá-las. Não separa educação e ação, conhecimento e transformação como uma maneira integral de pensar e viver. A metodologia dialética considera a realidade como um processo histórico, de criação humana que transforma o mundo e lhe dá um sentido; como uma totalidade, em que as partes e o todo só se compreendem em suas múltiplas e mútuas inter-relações, enfim, é um movimento permanente, resultado das contradições internas entre seus elementos.

A educação permanente para o controle social é a denominação dada pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS) ao processo de formação permanente para o controle social, por meio das quais se pode melhorar as ações dos conselheiros de saúde por contribuírem para

o desenvolvimento da ação do sujeito social em torno do cumprimento para o desenvolvimento da ação do sujeito social em torno do cumprimento do direito à saúde e com metodologias participativas, através de processos formais e informais que valorizam as experiências (vivências) das pessoas (BRASIL, 2009).

Quadro 7 - Conferências Municipais de Saúde de Goiânia – 1989-2009

Conferência Nº	ANO	EIXO TEMÁTICO
I	1991	Municipalização é o caminho.
II	1993	Construindo a saúde que queremos.
III	1995	Juntos conquistando a saúde que queremos.
IV	1998	O SUS é saúde total de tudo e para todos.
V	2001	Controle Social no SUS: construindo para conquistar saúde.
VI	2004	Consolidando o SUS com o controle social.
VII	2007	Saúde e qualidade de vida: Política de Estado e desenvolvimento. Universalidade, Integralidade e equidade.

Fonte: Goiânia, Conselho Municipal de Saúde, julho. 2009..

Ao apostar no controle social e qualificá-lo, por meio da educação permanente, as Conferências de Saúde privilegiaram o tema, como se pode observar no quadro 6, que apresenta as temáticas dos sete eventos realizados no município de Goiânia, no período pesquisado.

Assim, tomando a dialética como referencial e as Diretrizes Nacionais para capacitação de conselheiros de saúde, para atender à sua demanda de proposta configurada desde a realização do 1º Congresso Nacional de Conselhos de Saúde, busca-se ampliar o conhecimento da sociedade a respeito dos princípios, diretrizes e o modo de organização do Sistema Único de Saúde. As questões relacionadas ao processo de educação permanente, pelo controle social no SUS, foram definidas pelo Ministério da Saúde para melhor qualificar a atuação dos conselheiros e ainda, incentivar e fomentar os membros dos Conselhos de Saúdes a participarem de forma consciente conhecendo o seu papel no controle social e político na sociedade, valorizando a prática da democracia para melhor entender e desempenhar seu papel nas unidades de saúde.

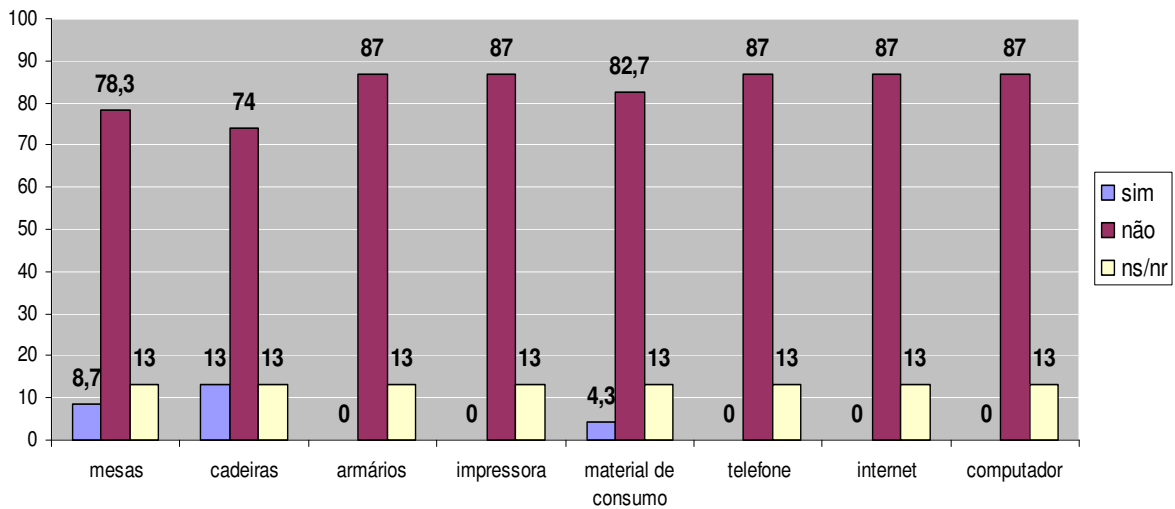
A dinâmica de funcionamento dos Conselhos de Saúde vem sendo estabelecida nas relações entre usuários, trabalhadores de saúde, prestadores de serviços e gestores. As deliberações, em geral, são resultados de negociações que contemplam a diferença de interesses de cada segmento por representações. Elas servem também para garantir a transparência das relações entre os distintos grupos que o constituem no trato das questões de sua competência.

As dificuldades para que os Conselhos de Saúde exerçam suas atribuições, definidas e garantidas pela legislação, têm sido ressaltadas e debatidas por estudiosos da área, por organizações governamentais e não governamentais como ainda pelos próprios Conselhos de Saúde. As experiências neles vivenciadas contribuem para a formulação de estratégias e diretrizes no controle, planejamento, execução e avaliação das políticas e nas deliberações acatadas pelo gestor, o que fortalece o controle social no SUS. Os desafios à efetivação do controle social na saúde por meio das ações dos conselhos locais são inúmeros. Alguns foram apontados na pesquisa realizada junto aos conselheiros de saúde e apresentados por meio de tabelas e gráficos.

O gráfico 1 mostra a precariedade dos equipamentos disponibilizados pela SMS aos Conselhos Locais, pois a falta total de recursos tecnológicos e de

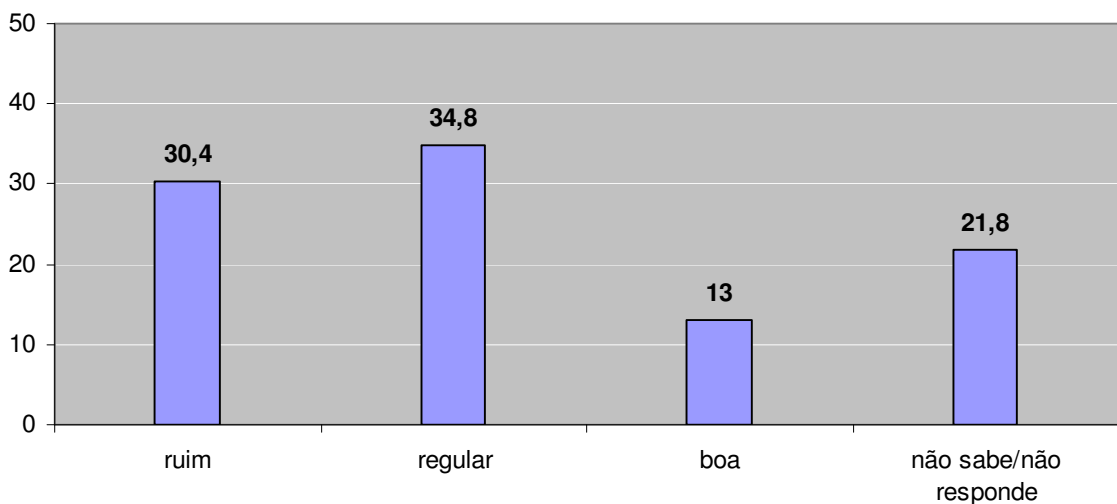
comunicação, conforme informações dos conselheiros. Os demais equipamentos como mesas, cadeiras, armários são insuficientes. A média de inexistência de recursos materiais para o funcionamento dos conselhos é superior a 85%. Dentre os vários desafios destacamos a necessidade de equiparar os conselhos com recursos para a execução de suas atividades preconizadas em lei.

Gráfico 1 - Existência de material de trabalho nos conselhos



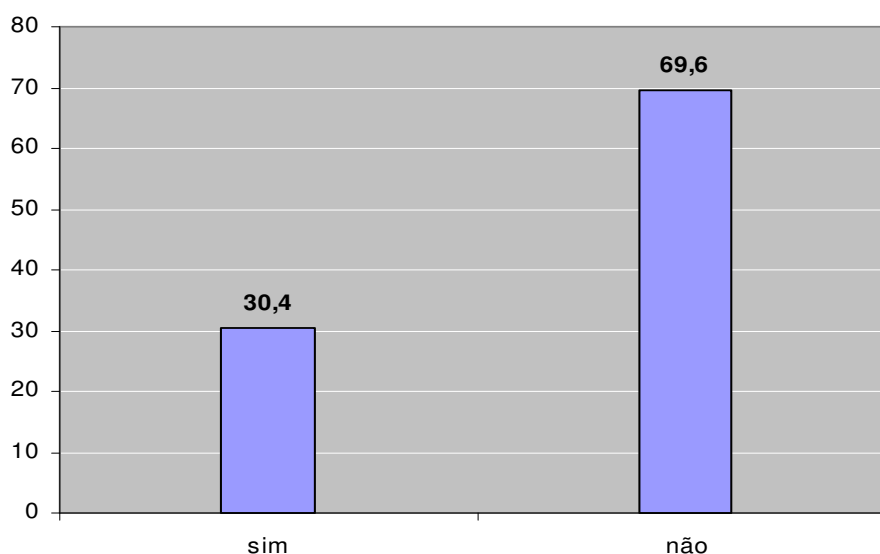
Nota-se ainda, a precariedade nas condições de conservação das instalações dos CLS. Apenas 13% consideraram boas as condições dos conselhos, e 21% alegaram não saber e/ou não responderam.

Gráfico 2 - Condição de Conservação dos Conselhos



A conservação, as condições materiais e de recursos humanos dos conselhos locais de saúde, por serem de responsabilidade da SMS, deveriam ser por ela ser mantidas, o que não ocorre. Apenas 30,4% dos conselheiros responderam ter possui sede, como mostra a o gráfico 3. Os demais utilizam espaços cedidos por instituições instaladas na área de abrangência do mesmo para realizarem as plenárias mensais ordinárias ou extraordinárias, capacitação, escuta, avaliação e encaminhamentos de denúncias de usuários e outras atividades. Há casos em que o atendimento ao usuário é feita no próprio domicílio do conselheiro que posteriormente informa aos demais componentes e/ou à gestão na plenária mensal ou extraordinária o atendimento e o encaminhamento realizado. O artigo 12 da Lei 18/1993 define que a “Secretaria Municipal de Saúde deverá dotar os Conselhos Locais de Saúde da infra-estrutura necessária ao seu eficaz funcionamento”.

Gráfico 3 - Existência de espaço físico para os Conselhos Locais de Saúde



No gráfico 4, é importante destacar que 43,5% responderam não, Porém, no ano de 2009, sob a coordenação do Serviço Social do Distrito Sanitário e apoio de profissionais médicos, odontólogos e psicólogos do DSN, atendendo as diretrizes da Política Nacional de Educação Permanente para o controle social no Sistema Único de Saúde – SUS, foi realizada uma oficina com o objetivo de ampliar o conhecimento dos conselheiros sobre suas funções no conselho e teve duração de 30 horas. Na capacitação foi entregue a cada conselheiro material contendo a legislação sobre o controle social, a carta de direitos do usuário e o relatório final com as propostas aprovadas VII Conferência Municipal de Saúde, realizada em 2007.

Gráfico 4 - Existência de livros ou documentos no CLS para consulta, estudo ou pesquisa

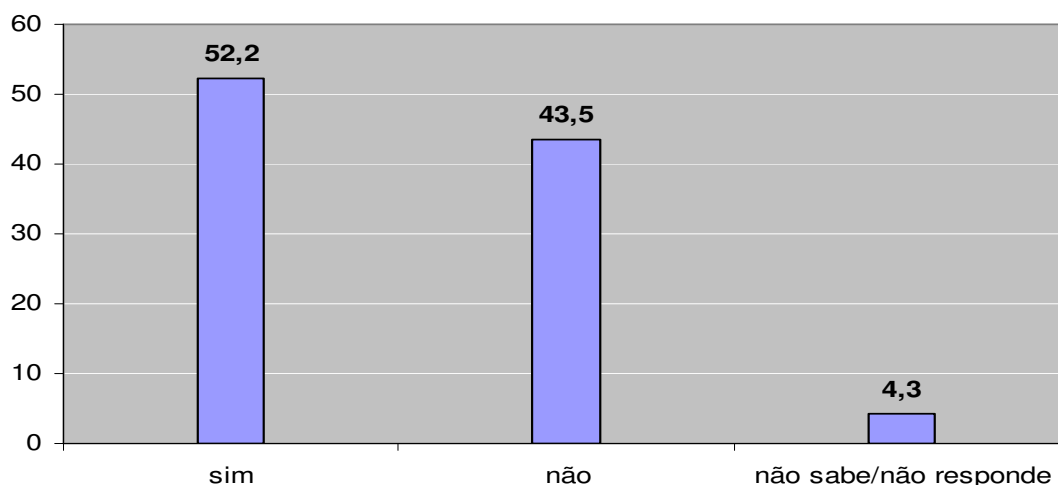
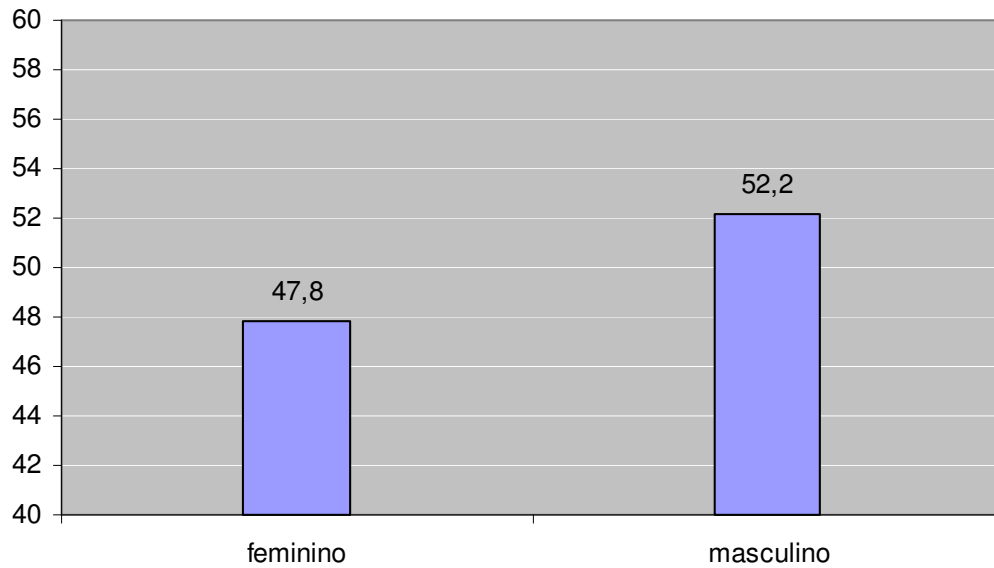


Gráfico 5 - Nível de escolaridade por segmento de representação nos conselhos

Escolaridade	Segmento que representa		
	Usuário	Gestor	Trabalhador
Analfabeto	1	0	0
Fundamental incompleto	2	0	0
Fundamental completo	1	0	0
Ensino médio completo	1	0	1
Ensino médio incompleto	5	1	3
Superior incompleto	1	1	0
Superior completo	0	3	0
Pós-graduação	0	2	3
Não informado	2	0	0
Total	13	7	7

Seguindo o movimento de proletarização da população da RNG, percebe-se que no segmento usuários inexistem pessoas com grau de escolaridade nível superior completo. Mesmo com o baixo percentual de escolaridade percebe-se, por meio da participação nas plenárias e outras atividades a formação da consciência de classe¹⁴

¹⁴ A formação da consciência de classe no proletariado pode ser vista como a contrapartida do fracasso necessários da consciência de classe política entre os pequenos camponeses. No caso do proletariado, o conflito inicialmente limitado (por exemplo, uma luta sindical em uma determinada empresa ou em um ramo da indústria) amplia-se com base m uma identidade de interesses, até tornar-se uma questão comum a toda a classe, que também cria um instrumento adequado, sob a forma de partido político. O processo de formação da consciência de classe coincide com a ascensão de uma organização de classe abrangente. (BOTTMORE, 1988, 76).

Gráfico 6 - Gênero masculino e feminino

O percentual de homens que atuam nos conselhos locais de saúde da RGN é superior ao de mulheres, tendo em vista a condição de que a maioria das famílias é mantida por mulheres que saem de suas casas para trabalhar antes de cinco horas da manhã e retornam já no período noturno.

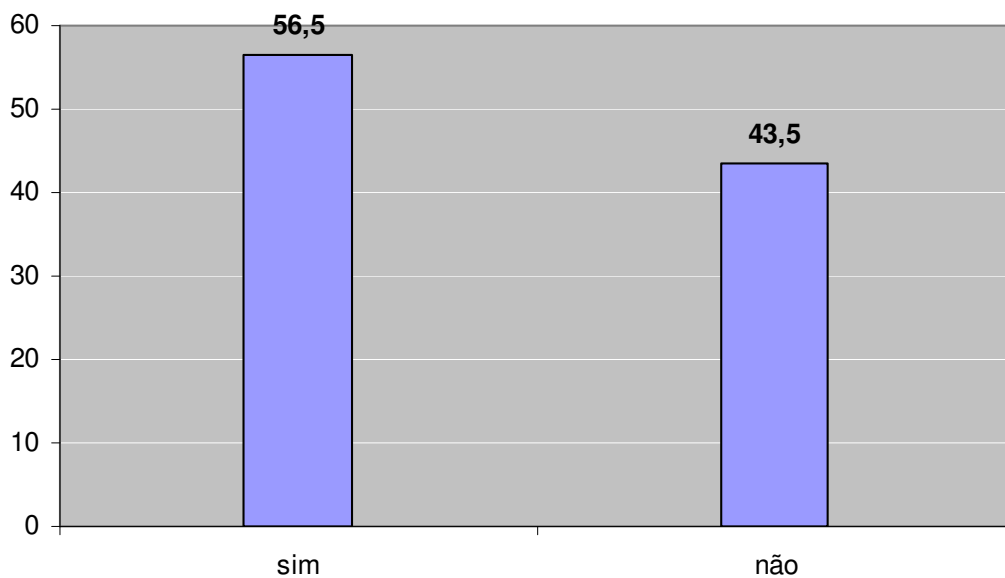
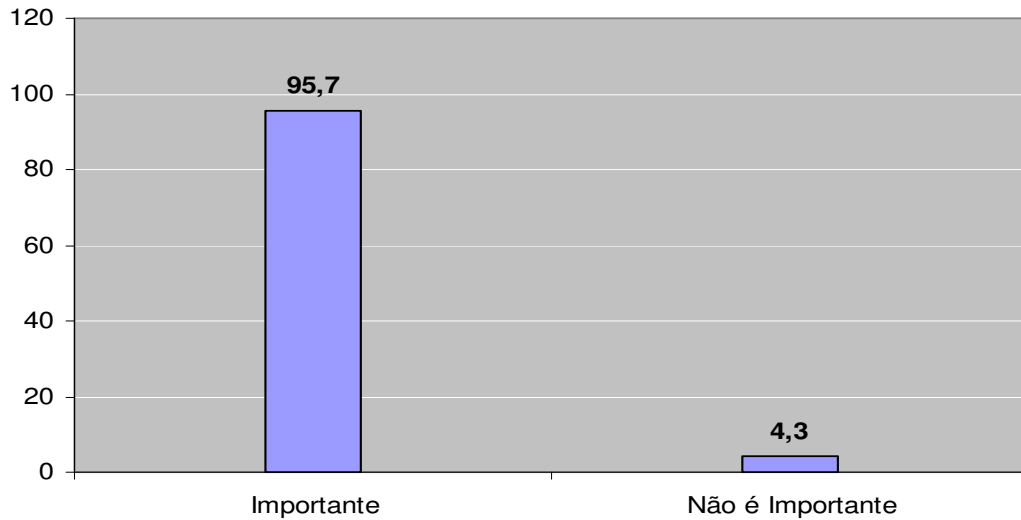
Gráfico 7 - Participação em Capacitação sobre controle Social

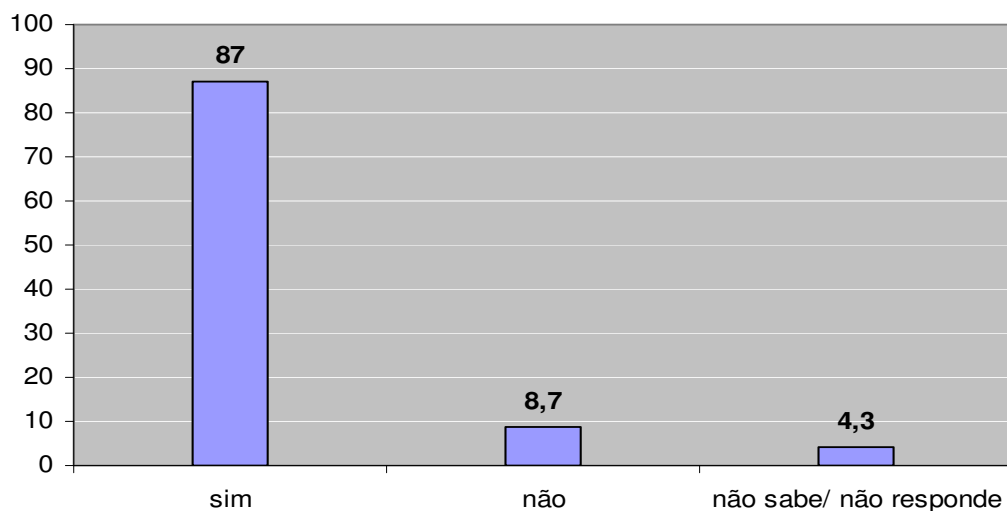
Gráfico 8 - Opinião sobre a importância de capacitação enquanto membro do Conselho



Ao considerar a importância na formação permanente para o controle social os conselheiros locais de saúde reafirmam um dos objetivos específicos da política nacional de educação permanente para o controle social no Sistema Único de Saúde que é

atuar na promoção da democratização do Estado, na garantia dos direitos sociais e na participação da população na política de saúde, reafirmando o seu caráter deliberativo dos conselho de saúde para fortalecimento do controle social no Sistema Único de Saúde (SUS). (BRASIL, 2009)

Gráfico 9 - Os Conselhos Locais de Saúde, por meio do Conselho Municipal de Saúde, estão fiscalizando e cobrando o cumprimento das propostas que foram aprovadas na Conferência de Saúde realizada em 2007?



Os dados sobre uma das funções dos conselheiros que a de fiscalizar a gestão é apontada por 87 dos conselheiros como realizada.

Ao considerar o homem como ser que transforma e se transforma por meio do trabalho, este, gera uma realidade que, por sua vez, envolvendo-o, condiciona sua própria ação Ammann (1981, p. 30) estabelece o nexos pela educação continuada como meio que propicie ao homem uma nova posição em face dos problemas, o desenvolvimento de suas potencialidades e de sua capacidade criadora.

Segundo a autora (1981), trata-se de permitir uma visão crítica da sociedade, de perceber a natureza de forma dialética nas relações sociais e a convicção de que é possível transformá-las.

A razão e a racionalidade na sociedade capitalista moderna são categorias sociais que subsidiaram a pesquisadora na apreensão do objeto de estudo para melhor analisar como se dá o entendimento dos conselheiros de saúde sobre suas atribuições. Esta é uma das contribuições dos profissionais de Serviço Social que, em cada Distrito Sanitário da Capital, acompanham os Conselhos Locais.

A atuação dos Conselhos de Saúde, como órgãos deliberativos, tanto nas ações quanto em seu planejamento, é de fundamental importância para o dimensionamento das dificuldades e possibilidades de efetivação das políticas de saúde, relativas à cidadania, sobretudo quando os conselheiros discutem a ampliação da sua participação junto à gestão, no financiamento e no controle social democrático.

Sabedores de que a educação não pode ocorrer como forma mágica, a formação permanente de conselheiros de saúde deve propiciar um conteúdo para que esses sujeitos sociais possam ter posição crítica ante os problemas, o desenvolvimento de suas potencialidades e de sua capacidade criadora (AMMANN, 1981 p. 32).¹⁵

¹⁵ Visando a execução dessas diretrizes, considera educação permanente para o controle social no SUS os processos formais de transmissão e construção de conhecimento por meio de encontros, cursos, oficinas de trabalho, seminários e uso de metodologias de educação à distância, bem como os demais processos participativos e fóruns de debates – Conferências de Saúde, Plenárias de Conselhos de Saúde, Encontros de Conselheiros, seminários, oficinas, dentre outros.

Nesse sentido, é importante desencadear processos de qualificação para o controle social no SUS que possam possibilitar à sociedade apreender a estrutura e a dinâmica da política de saúde, bem como responder questões formuladas pelos Conselheiros de Saúde, tais como: o que é controle social? Como fazê-lo? Para que fazê-lo? São questões pedagógicas e críticas a serem refletidas com os conselheiros no seu processo de formação continuada.

O processo de comunicação com os Conselheiros Locais da Saúde da Região Noroeste foi estabelecido pela sua participação nas plenárias de cada uma das seis unidades que já possuem CLS: Cais Curitiba, Finsocial, Cândida de Moraes, Maternidade Nascer Cidadão, UABSF da Vila Mutirão e do Jardim Primavera.

A cada plenária, os Conselheiros Locais são convidados a participarem do processo de formação continuada e informados sobre a programação que tem como foco a função do Conselheiro de Saúde em relação a categoria que representa, bem como podem contribuir com a gestão na implementação do SUS. O processo de Formação Contínua para Conselheiros de Saúde, assegurado pela Política Nacional de Educação Permanente e aprovado pelo Conselho Nacional de Saúde, precedido pelas Diretrizes para Educação Permanente para o Exercício do Controle Social no SUS busca fortalecer os movimentos sociais que atuam e garantem a existência de conselhos de políticas públicas, como os Conselhos de Saúde (BRASIL, 2009, p. 5).

Vale destacar também, a participação dos conselheiros locais no Fórum de Saúde da Região Noroeste que ocorre em locais diferentes de acordo com o calendário anual, elaborado pela Coordenação do Fórum, com a participação de todos os Conselhos da Região. Trata-se de um embrião do processo de formação da vontade coletiva, conforme visão gramsciana.

A metodologia problematizadora conta com recursos audiovisuais, apresentação de filmes que relatam a História da Saúde no Brasil, dinâmicas de grupos, oficinas e palestras sobre os temas propostos para serem discutidos por distintos profissionais que atuam em diferentes áreas, como Serviço Social, Psicologia, Medicina, Enfermagem, Odontologia e Gestão do Distrito Sanitário Noroeste. Esses aspectos compõem o conteúdo e a dinâmica da capacitação de conselheiros de saúde.

Considera-se que os objetivos propostos para o processo de educação permanente para o controle social no SUS são importantes elementos que garantem atividades de acompanhamento e avaliações desenvolvidas para oferecerem subsídios às várias etapas de aperfeiçoamento (BRASIL, 2006, p. 31). Esse é um processo contínuo, realizado pelo grupo de trabalho com a participação dos conselheiros para verificar se os resultados buscados estão sendo alcançados durante o exercício de formação de conhecimento dos conselheiros locais de saúde da Região Noroeste de Goiânia.

Dos resultados esperados, devem-se enfatizar estudos que possam identificar o impacto das ações de educação permanente para o controle social no SUS e sua contribuição para a prática dos conselheiros de saúde, para o fortalecimento da organização e funcionamento do Sistema Único de Saúde.

2.3 A participação dos usuários de políticas públicas na cultura da fiscalização e avaliação dos serviços públicos

As contradições observadas com base na consciência de classe, por sua vez, é indispensável à prática de qualquer ato da vida em sociedade, e manifestada nas condições históricas, materiais e subjetivas da sociedade, fazendo ressurgir uma nova geração social defronte daquela que existe atualmente. Valorizar a cultura e outros conhecimentos emergentes da condição de sua classe é, pois, necessário para ampliar rumos e caminhos, possibilitando a liberdade e a autonomia necessárias aos cidadãos para que possam atuar em seu meio, sobretudo nas instâncias de atuação como nos Conselhos Locais e Municipal de Saúde.

Os antecedentes históricos do conceito de cultura datam do final do século XVII e princípio do seguinte na Alemanha onde o termo *kultur*, era utilizado para simbolizar os aspectos espirituais de uma comunidade; na França *civilization* referia-se principalmente às realizações materiais de um povo. Tylor (1832-1917) sintetizou a noção no vocábulo inglês *culture* ampliada, a conceituação “tomado em seu sentido amplo etnográfico é todo complexo que inclui conhecimentos, crenças, arte, moral, leis, costumes ou qualquer outra capacidade ou hábitos adquiridos pelo homem como membro da sociedade civil (LARAIA, 2003, p. 28).

A cultura do ponto de vista científico emerge das condições econômicas e sociológicas das pessoas e compreende o conjunto das atividades e dos produtos dotados de valor que são supérfluos em relação ao sustento imediato. O conceito de cultura não desempenhou um papel essencial no sistema teórico marxista, como o conceito de ideologia. Lukács, educador no neokantismo alemão, e seu ensaio de 1920, sobre a antiga e a nova cultura muito se interessou pelas questões culturais e definiu cultura em oposição à civilização como “o conjunto de produtos e capacidades de valor que são dispensáveis em relação à manutenção imediata da vida” (BOTTOMORE, 1988, p. 94)

A tentativa de identificar o processo cultural ocorrido nas abordagens dos conceitos de cultura, cidadania e democracia ocorridos no período de estudo dessa dissertação, emerge das mudanças desencadeadas na política mundial e no sistema de governo vigente no Brasil. Vale destacar que, a partir de 1964, tem início a ditadura militar que, com sua truculência interveio nas condições de vida de todos os brasileiros, como também nas lutas dos movimentos sociais.

Assim, as contribuições de Gramsci, no conjunto de sua obra, no campo específico de cultura e política, qualificaram a base do impacto inovador pela crítica ao reducionismo econômico que se desdobrou em uma reflexão complexa e abrangente que se expressa em três pontos:

o primeiro no conceito de hegemonia, um processo de articulação de diferentes interesses em torno da gradual e sempre renovada implementação de um projeto de transformação da sociedade; o segundo atém-se à transformação social, no qual a revolução não é mais concebida como um ato insurrecional de tomada do poder do Estado, mas como um processo no qual a reforma intelectual e moral é parte integral, em vez de, simplesmente, uma consequência possível e o terceiro aspecto é a ênfase na sociedade civil como terreno da luta política, concebida como uma guerra de oposições, em vez de uma “grande guerra de manobras” ou ataque frontal ao Estado. (GRAMSCI, *apud* DAGNINO 1977, p.66-67):

A concepção de controle democrático, estabelecida na III Conferência Nacional de Assistência Social, realizada no ano de 2000, em Brasília, oferece subsídios aos sujeitos políticos e movimentos sociais, desde então, para a realização de ações que pudessem avançar numa perspectiva participativa. Segundo Silva, Jaccoud e Beghin (2005, *apud* BEHRING e BORSCHETTI, 2008, p. 178), a participação popular envolve três aspectos,

a) promove transparência na deliberação e visibilidade das ações, democratizando o sistema decisório; b) permite maior expressão e visibilidade das demandas sociais, provocando um avanço na promoção da igualdade e da equidade nas políticas públicas; e c) a sociedade, por meio de inúmeros movimentos e formas de associativismo, permeia as ações estatais na defesa do alargamento de direitos, demanda de ações e é capaz de executá-las no interesse público

O *controle social* na política de saúde deve ser exercido desde a sua formulação por meio de avaliação, fiscalização de gastos e contas, com o objetivo de ampliar a participação da sociedade civil, qualificar a democracia e garantir o poder de influência da sociedade em todas as esferas de decisão do setor saúde, desde a gestão até a realização de serviços e ações do sistema.

O significado sociológico de controle social, objeto de discussão de vários autores que tratam dessa temática, é aquele realizado pelo Estado sobre os cidadãos, como defende Mannheim (*apud* CORREA, 2000, p. 53): o conjunto de métodos pelos quais a sociedade influencia o comportamento humano, tendo em vista manter determinada ordem. Na perspectiva de democracia, no entanto, o controle social refere-se à reivindicação de direitos sociais com a participação da sociedade organizada utilizando meios para interferir no resultado dos serviços oferecidos aos cidadãos.

Diferentes conceitos de controle social são defendidos por autores contemporâneos nos vários eixos das políticas públicas. Carvalho (1995, p. 8) apresenta o controle social como expressão de uso recente e corresponde a uma moderna compreensão de relação Estado e sociedade, a qual cabe estabelecer práticas de vigilância e controle sobre aquele. Os cidadãos, normalmente excluídos das decisões políticas, passam a ter, nos Conselhos de Saúde maior representação política do que social. O autor defende um controle social que possa assegurar políticas de saúde pautadas pelas necessidades do conjunto social, e não somente pelos desígnios de seus setores mais privilegiados. (1995, p. 28).

O controle social visa assegurar a participação popular na defesa da consolidação da democracia no Brasil, o que não é tarefa somente da sociedade civil, mas também do Estado. Conforme Raichellis, 2000, demanda vontade política, pois o controle social é um caminho para a consolidação do processo democrático que aponta na perspectiva de explicitar a concepção de esfera pública como totalidade dinâmica e articulada, alguns de seus elementos:

visibilidade social, no sentido de que as ações dos sujeitos devem expressar-se com transparência, não apenas para os diretamente envolvidos, mas também para todos os implicados nas decisões políticas. A visibilidade social supõe publicidade e fidedignidade das informações que orientam as deliberações nos espaços públicos de representação; *controle social*, que implica o acesso dos processos que informam decisões da sociedade política, viabilizando a participação da sociedade civil organizada na formulação e na revisão das regras que conduzem as negociações e arbitragens sobre os interesses em jogo, da fiscalização daquelas decisões, segundo critério pactuados; *representação de interesses coletivos*, que envolve a constituição de sujeitos políticos ativos, que se apresentam na cena pública a partir da qualificação de demandas coletivas, em relação às quais exercem papel de mediadores; *democratização*, que remete à ampliação dos Fóruns de decisão política que, alargando os condutos tradicionais de representação, permita incorporar novos sujeitos sociais como portadores de direitos legítimos. Implica a dialética entre conflito e consenso, de modo que os interesses divergentes possam ser qualificados e confrontados, derivando daí o embate político capaz de gerar adesão em torno das posições hegemônicas e a *cultura pública*, que supõe o enfrentamento do autoritarismo social e da cultura privatista de apropriação do público pelo privado, remetendo à construção de mediações sociopolíticas dos interesses a serem reconhecidos, representados e negociados na cena visível da esfera pública. (RAICHELLIS, 1995, p. 28)

O conceito de democracia defendido por Raichellis (1998, p. 9) supõe uma visão ampliada, tanto de Estado como de sociedade civil. A incorporação de novos mecanismos e formas de atuação, dentro e fora do Estado, capazes de dinamizar a participação social para que ela seja cada vez mais representativa dos segmentos organizados da sociedade, especialmente das classes subalternas, sem desprezar aspectos culturais presentes na população.

Democracia e liberdade são conceitos que caminham de mãos dadas. Nas obras de Jean-Jacques Rousseau, *Discurso sobre a origem e os fundamentos das desigualdades entre os homens e no Contrato Social*, o autor apresenta guias da democracia por meio de sua concepção de democracia, de mundo, com suas demarcações, sua complexidade e suas vicissitudes. Rousseau sempre foi contrário à tirania em si, ao propor a liberdade dos homens, independente de tempo e de lugar (VIEIRA, 2004, p. 154).

A relação entre democracia e liberdade é histórica. Vários regimes de democracia se estabelecem no decorrer da história da humanidade. Dentre elas, a democracia liberal, que por meio da participação política da sociedade civil, tem como objetivo manter ou modificar interesses e ideológicas predominantes, no quadro capitalista. O autor expõe:

a democracia respira através do sistema partidário, um caminho natural e uma orientação incessante para o governo. O regime liberal-democrático mune-se de sistema de múltiplos partidos que apresentam condições de gerar o governo e de dar direção a ele. Inexiste democracia liberal sem alguns partidos políticos, assim como ela inexistente com partidos-políticos que não são dotados de meios capazes de levá-los ao governo ou que não tinham condições de exercê-lo (VIEIRA, 2004, p.194)

Segundo Coutinho (2008, p. 73), do ponto de vista metodológico, Marx elaborou os instrumentos necessários para pensar e resolver a questão democrática, tal como ela se apresenta na atualidade, e a apropriação individual e centralizada dos lucros, ao indicando um aspecto básico do capitalismo: o processo crescente de socialização do trabalho, das forças produtivas, comparando as formas de trabalho artesanais da Idade Média e as fábricas modernas. Um caráter a ser destacado é a correlação que se estabelece entre aquele que produz e se dele se apropria ou não do resultado de suas ações. Esta é uma das contradições que se observa no sistema capitalista atual e o grande desafio é como superá-la.

A dinâmica capitalista apressa-se em fazer que a sociedade civil esteja inserida em atividades políticas, e um dos aspectos apresentados por Coutinho (2008, p.74) está relacionado à socialização da política, ou seja, à crescente participação das massas na vida política.

Conforme o pensamento marxiano de que o cidadão moderno vive numa situação dicotômica, dividido entre o seu lado *citoyen*¹⁶ e do seu lado *bourgeois*¹⁷ o que torna abstrata e irreal a dimensão universal da cidadania proposta pela democracia, convertendo objetivamente *droits de l'homme*¹⁸ em direitos do indivíduo burguês. (COUTINHO, 2008, p. 75).

Na correlação de formas entre a sociedade civil e o Estado, Lenin (*apud* COUTINHO, 2008, p. 78) faz uma importante e real afirmação que pode ser utilizada para analisar a relação que se efetiva nos Conselhos de Saúde:

se todos os homens participarem efetivamente na gestão do Estado, o capitalismo não mais poderá se manter. E o desenvolvimento do capitalismo cria os pressupostos necessários para que “todos” possam efetivamente participar da gestão do Estado.

¹⁶ Pelo qual aparece como homem universal da esfera pública.

¹⁷ O homem particularista imerso na esfera econômica.

¹⁸ Tradução: direitos humanos.

A democracia inscreve-se assim, no contexto das políticas sociais que expressam encargos do Estado e que deveriam ser publicizadas e materializadas em serviços e atividades de natureza pública e universal por meio de projetos e programas que visem a redução da pobreza e das desigualdades sociais.

Com influência neoliberal, no entanto, a concepção de publicização não é claramente defendida pelo Estado, e o debate atual sobre o tema vem despertando polêmicas sobre o seu significado que remetem ao caráter das relações entre Estado e sociedade civil na esfera pública. Entender saúde como o resultado de múltiplas ações que envolvem não somente a gestão, mas as várias organizações e movimentos sociais com suas lutas históricas, singulares e cotidianas, é desafio para os estudiosos de todos os campos da saúde em sua totalidade concreta.

O controle social como estratégia política da esfera pública é defendido por Raichellis (2000, p.12) como aquele que implica o acesso aos processos que informam as decisões da sociedade política. Deve-se viabilizar a participação da sociedade civil organizada na formulação e na revisão das regras que conduz as negociações e arbitragens sobre os interesses em jogo, para além da fiscalização das decisões, segundo critérios pactuados em diferentes espaços como as plenárias dos Conselhos de Saúde em suas diferentes instâncias e/ou em Conferências de Saúde. Um dos princípios que se deve priorizar é o respeito ao direito de participação da sociedade civil, pois, se vive em um regime democrático, todos possuem direitos iguais.

A democracia nasceu na perspectiva de eliminar o poder invisível. As ações do governo devem ser públicas, transparentes, sem máscaras. Conforme Kant (apud BOBBIO, 1986, p. 30), em todas as ações relativas ao direito de outros homens a máxima não é possível torná-las públicas são injustas. Nos conselhos com a participação popular existe grande potencial de apresentação de propostas que possam assegurar direitos a uma grande parcela da população, e também de fazer avançar o processo de democracia, mesmo enfrentando dificuldades reais, para garantia de acesso efetivo aos direitos de cidadania como também de um exercício de participação de fato.

Houve avanços consideráveis, sobretudo no que se refere à participação dos usuários no processo de formulação e fiscalização da política de saúde. A população

de forma organizada pode apresentar propostas a serem operacionalizadas pelos gestores da política de saúde, por ocasião das Conferências de Saúde, em cada esfera de governo: federal, estadual e municipal. As propostas votadas e aprovadas em cada instância criam uma expectativa de que sejam traduzidas em resoluções, acompanhadas e fiscalizadas pelos respectivos conselhos, que as aprecia, as prioriza e as delibera para serem cumpridas e executadas pelo gestor. Como nem sempre as propostas apresentadas e aprovadas nas conferências são executadas na totalidade, cabe aos conselheiros de saúde, traçar estratégias e prioridades para tornar viável seu o cumprimento. Nesse sentido, uma proposta de ação será apresentada ao final deste trabalho.

Não se pode negar a participação dos assistentes sociais nos conselhos em suas diferentes esferas. O Serviço Social é uma categoria profissional que se destaca nos diversos conselhos, e em suas várias instâncias por suas ações qualificadas por meio de leituras e análises de conjuntura que é objeto de apreensão dos profissionais da área.

CAPÍTULO III

A INSERÇÃO DO SERVIÇO SOCIAL NA POLÍTICA DE SAÚDE

3.1 Da inserção à configuração atual do Serviço Social na política de saúde do município de Goiânia

Ao tomar como objeto de atuação do Serviço Social as manifestações da questão social no movimento da sociedade, os Assistentes Sociais da área da saúde precisam ter clareza que estão na base dos movimentos sociais e do controle social, pois

são lutas que se encontram na origem da constituição das políticas públicas e que mobilizam o Estado na produção de respostas às demandas por saúde, trabalho, educação, habitação, como também aquelas que impulsionam o movimento político das classes populares pelas conquistas da cidadania na esfera pública (RAICHELIS, 2006, p.18).

Para entender a participação social em uma perspectiva histórico-estrutural faz-se necessário compreender o significado da vida cotidiana das camadas mais populares que são os atores atendidos pelo Serviço Social na política de saúde.

A participação do Serviço Social em equipes de saúde faz parte do processo histórico da profissão. Conforme Martinelli (2003, p. 109) em Nova Iorque, desde o início do século XX, os assistentes sociais trabalhavam com as equipes de saúde no tratamento e profilaxia de inúmeros e frequentes casos de tuberculose. Foi, porém, em 1905, que o médico Richard Cabot criou o primeiro Serviço Social Médico na estrutura organizacional do Hospital Geral de Massachusetts e considerou indispensável a atuação do assistente social.

No Brasil, o projeto ético, político, teórico, metodológico e técnico operativo utilizado no trabalho do Assistente Social não se resume a entrevistas, reuniões, plantões, encaminhamentos e outras atividades, pois as questões são mais complexas. Os assistentes sociais trabalham com a questão social, intervindo em suas mais variadas expressões cotidianas, tais como os indivíduos as experimentam no trabalho, na família, na área habitacional, na saúde, na assistência social pública (IAMAMOTO, 2008, p. 28)

No Estado de Goiás, a primeira Escola de Serviço Social foi fundada em 1957, sendo posteriormente denominada Faculdade de Serviço Social e atualmente Departamento de Serviço Social (SER) da Pontifícia Universidade Católica de Goiás. No decorrer de mais de 50 anos de existência, a instituição tem se preocupado com a qualidade da formação profissional,

o assistente social, em linhas gerais está pois, assim compreendida, segundo o artigo 4º do decreto nº 35.311, como “o ensino teórico prático, estágios supervisionados e a realização de um trabalho final de exclusiva autoria do aluno”, também é denominado trabalho de conclusão de curso (TCC) ou Relatório Final (MIGUEL, 2005, p. 93).

A escola foi criada em um período de mudanças profundas na história de Goiás, em razão da transferência da capital federal para Brasília, como também da mobilização nacional do movimento camponês e do estudantil que se estendeu à Escola de Serviço Social, aspectos esses observados por Miguel (2005, p. 95) ao conceber campo de estágio como o local, a Instituição que dispõe de área ou setor dessa, onde o aluno desenvolve sua formação prática.

As turmas que concluíram o curso de 1959 até 1964 foram certificadas após três anos de estudos. A partir de 1962, o curso passou a ter quatro anos de duração, tendo em vista a luta das escolas para que o curso de Serviço Social se equiparasse aos demais cursos superiores, de acordo com o Parecer nº 33/64 da Câmara de Ensino Superior do então Conselho Federal de Educação (MIGUEL, 2005, p. 95).

O conjunto de instrumentos e de técnicas de trabalho que o Assistente Social pode utilizar para desenvolver suas atividades não se resume a entrevistas, reuniões, plantões, encaminhamentos e outros, pois as questões são mais complexas. Os assistentes sociais trabalham com a questão social nas suas mais variadas expressões cotidianas, tais como os indivíduos as experimentam no trabalho, na família, na área habitacional, na saúde, na assistência social pública (IAMAMOTO, 2008, p. 28).

O Assistente Social tem as expressões da questão social como foco na sua formação e exercício profissional. Mesmo possuidor de uma relativa autonomia na efetivação de suas ações, os profissionais não atuam de forma isolada, mas, por meio de equipe multiprofissional, haja vista que o trabalho é uma atividade humana,

exercida por sujeitos de classes, no caso em estudo, na sua maioria do sexo feminino. Resultante então da condição de subalternidade da profissão diante das demais.

No plano municipal, onde a força das elites locais se faz mais presente ela se acentua. A ação do Serviço Social se faz em dupla direção¹⁹. A correlação que se estabelece nesse sentido é a necessidade de realização de trabalho interdisciplinar e intersetorial. O Assistente Social tem a questão social como foco na sua formação e exercício profissional. Ao apreender a questão social como o

conjunto das expressões de desigualdade da sociedade capitalista madura, que tem como raiz comum: a produção social é cada vez mais coletiva, o trabalho torna-se mais amplamente social, enquanto a apropriação dos seus frutos mantém-se privada, monopolizada por uma parte da sociedade. (IAMAMOTO, 2008, p. 27).

Há uma contradição fundamental da sociedade capitalista produzida entre o trabalho coletivo e a apropriação privada resultante desse trabalho, ou seja, dos seus frutos. No entanto, o desenvolvimento na sociedade redundava em uma enorme possibilidade de o homem ter acesso à natureza, à cultura, à ciência. Enfim, desenvolvem-se forças produtivas do trabalho social, tendo como desafio descobrir alternativas e possibilidades para o trabalho profissional no cenário atual, sem desconsiderar a historicidade da profissão, suas contradições e o seu crescimento.

Defende-se que o Serviço Social possa interferir na reprodução da força de trabalho, e, por meio dos serviços sociais previstos em planos, programas e projetos com os quais profissional possa atuar nas políticas sociais das áreas de assistência social, saúde, educação, previdência, habitação, meio ambiente, dentre outras que tornam o

Serviço Social interfere na reprodução da força de trabalho por meio dos serviços sociais previstos em programas, a partir dos quais se trabalham nas áreas de saúde, educação, condições habitacionais e outras. Assim, o Serviço Social é socialmente necessário porque ele atua sobre as questões

¹⁹ Impulsionar e ampliar o movimento que se organiza em torno da defesa de direitos e das políticas sociais, propondo novas estratégias para o enfrentamento das demandas sociais, no interior do aparato institucional aonde os assistentes sociais são cada vez mais requisitados a transcender funções executivas para desempenhar papéis de formulação e gestão de políticas e programas sociais; ao mesmo tempo, colaborar para o adensamento da pesquisa e da produção teórica no âmbito das políticas sociais, articulada à análise das tendências macro societárias que iluminem estrategicamente os rumos a ser perseguidos.

que dizem respeito a sobrevivência social e material dos setores majoritários da população trabalhadora. O Serviço Social tem também um efeito que não é material, mas é socialmente objetivo. Tem uma objetividade que não é material, mas é social. (IAMAMOTO, 2008, p. 67).

Essas ações estão previstas no artigo 5º da Lei nº. 8.662/1993 como atribuições privativas dos assistentes sociais, o que justifica não somente o caráter assistencialista atribuído à profissão, mas um caráter mais amplo, o de

a) orientar indivíduos e grupos de diferentes segmentos sociais, no sentido de identificar recursos e de fazer uso dos mesmos no atendimento e defesa de seus direitos; b) prestar assessoria e apoio aos movimentos sociais, em matéria relacionada às políticas sociais, no exercício e na defesa dos direitos civil, políticos e sociais na coletividade (BRASIL, 1993).

A complexidade de situações nas quais os profissionais de Serviço Social se deparam possibilita-lhes a busca de novos instrumentos de trabalho, mudança de paradigmas, novos campos de atuação e de intervenções profissionais. Supõe-se,

a instrumentalidade do Serviço Social coloca-se não apenas como uma dimensão constituinte e constitutiva da profissão mais desenvolvida, referenciada pela prática social e histórica dos sujeitos que a realizam, mas, sobretudo no campo de mediação no qual os padrões de racionalidade e as ações instrumentais se processam (GUERRA, 2007, p.37-38).

Dessa forma, o *fazer* do assistente social é dado pela instrumentalidade, pela qualificação, pela crítica exaustiva e reflexiva que devem permear a prática em suas diferentes dimensões. Uma modalidade a ser evitada é o ativismo, assim, dentre outras competências da profissão, o assistente social deve planejar, organizar e administrar os serviços sociais, onde quer que os profissionais se encontrem prestando seus serviços de forma crítica e reflexiva, condição necessária ao ser humano ao considerar o paradigma da razão formalizadora tanto dos supostos

que estão a balizar as ações dos profissionais, os projetos e perspectivas de classe nos quais se apóiam e, ainda, se em que medidas a modalidade de razão se sustenta as ações profissionais que permitam, não apenas, ultrapassar as ações instrumentais, como ainda, a apreensão das condições e possibilidades que a situação contém, sua negatividade (GUERRA, 2007, p.39).

Assim, pode-se afirmar que a atuação do profissional de Serviço Social na área da saúde, como em outra política social, não pode perder de vista que seu elemento fundante constitui-se em uma das várias dimensões da questão social. O

desafio consiste em decifrar novas formas de mediação em uma dupla perspectiva: apreender as várias expressões que as desigualdades sociais assumem, na atualidade, sua produção e reprodução ampliada e projetar novas estratégias de resistência e de defesa da vida.

Os acontecimentos, os cenários, os atores e as relações de forças produzidas/estabelecidas no cotidiano de atuação do Serviço Social no espaço da política pública da saúde são dimensões importantes para apreender as *novas* bases de produção da questão social, ao buscar a profissionalização e o desenvolvimento de estratégias de organização do processo de trabalho em suas múltiplas expressões.

O Ministério da Saúde (MS) criou, em 1994, o Programa Saúde da Família (PSF). Seu principal propósito é reorganizar a prática da atenção à saúde em novas bases e substituir o modelo tradicional, levando a saúde para mais perto da família e, com isso, melhorar a qualidade de vida dos brasileiros, sobretudo aqueles com menor poder aquisitivo, sem condições de acesso à saúde privada. De acordo com o MS, o PSF é entendido como uma estratégia de reorientação do modelo assistencial, a ser operacionalizada, mediante a implantação de equipes multiprofissionais em unidades básicas de saúde. Estas equipes são responsáveis pelo acompanhamento de um número definido de famílias, localizadas em uma área geográfica delimitada. As equipes atuam por meio de ações de promoção da saúde, prevenção, recuperação, reabilitação de doenças e agravos mais freqüentes, e na manutenção da saúde desta população.

A responsabilidade pelo acompanhamento das famílias exige que as equipes de saúde da família de ultrapassem os limites classicamente definidos para a atenção básica no Brasil, isto é, a estratégia do PSF prioriza as ações de prevenção, promoção e recuperação da saúde das pessoas, de forma integral e contínua. O atendimento é prestado na Unidade Básica de Atenção a Saúde da Família (UABSF), e/ou no domicílio do usuário, pela ESF composta por profissionais médicos generalistas, enfermeiros, auxiliares de enfermagem e agentes comunitários de saúde.

Nesse sentido, o processo de regionalização/distritalização passou a vigorar, implicando redirecionar o modelo assistencial, que pode ser compreendido como a

forma de produção e distribuição dos bens e serviços de saúde, em uma dada área e num determinado tempo, para uma dada população. A característica hegemônica do modelo assistencial é conferida pela presença das práticas sanitárias, desenvolvidas no interior dos serviços de saúde e no trabalho, de cada um dos profissionais que neles atuam. Na hierarquização das ações de saúde e distribuição dos serviços, o MS preconiza três modalidades de atendimento à saúde: primária, secundária e terciária.

a) primária à Saúde é o nível de atenção representado pelos serviços de primeira linha, como clínica médica, pediatria, que são de caráter ambulatorial, constituente de um sistema de porta de entrada (executando-se urgências e emergências) e fortemente marcado por programas, sistemas e serviços caracterizados pelas funções de promoção à saúde, prevenção de agravos e transtornos à saúde, educação em saúde e tratamento de tecnologia simplificada; b) secundária encontra-se o nível de atenção à saúde representada por programas, sistemas e serviços de tratamento ambulatorial e de pequenos hospitais de tecnologia intermediária que incorporam funções do nível primário e acrescentam tratamento especializado, com objetivo de reabilitação; c) terciária é encontrada no nível de atenção constituído por grandes hospitais gerais e especializada que concentram tecnologia de maior complexidade e de ponta, servindo de referência para os demais programas, sistemas e serviços compatíveis com as subespecialidades (SILVA, 2005, p. 21-22).

O PSF é um elo dinamizador do Sistema Único de Saúde (SUS), como parte do processo histórico de organização do sistema de saúde no Brasil. A velocidade de expansão do Programa de Saúde da Família comprova a adesão de gestores estaduais e municipais aos seus princípios. A consolidação dessa estratégia precisa, entretanto, ser sustentada por um processo que permita a real substituição da rede básica de serviços tradicionais no âmbito dos municípios, pela capacidade de produção de resultados positivos, conforme os indicadores de saúde e de qualidade de vida da população assistida.

O PSF trabalha segundo uma nova lógica, com maior capacidade de ação para atender às necessidades de saúde da população de sua área de abrangência. A função da Equipe de Saúde da Família (ESF) consiste em prestar assistência contínua à população, acompanhando integralmente a saúde da criança, do adulto, da mulher, dos idosos, enfim, de todas as pessoas que vivem no território sob sua responsabilidade. Diante dos resultados já alcançados, por meio dos programas de saúde da criança, saúde da mulher, planejamento familiar, controle de tuberculose e

hanseníase e saúde bucal, o Ministério da Saúde está estimulando a ampliação do número de Equipes de Saúde da Família no Brasil.

Meta nem sempre atingida, tendo em vistas as precárias condições de trabalho por falta de recursos humanos e materiais, como também pelo alto número de famílias distribuídas para cada equipe da ESF.

O espaço da unidade de saúde, para configurar-se como centro de mobilização, informação, cultura e lazer para a população, deve promover encontros entre as práticas de saúde tradicionais e científicas, ou seja, o atendimento à doença, e ampliar a estrutura das unidades e utilizar esse espaço para as práticas de educação permanente e expressão cultural de crianças e jovens. Trata-se de um passo fundamental para a efetivação da saúde integral que contribua com a gestão participativa e seja capaz de desencadear novas práticas de controle sociais, menos burocratizadas e mais afinadas com a realidade da população usuária.

Atualmente, o marco legal que orienta a Política Nacional de Saúde é a Lei n.º 8.080/90, denominada Lei Orgânica da Saúde (LOS), que estabelece as condições para a promoção, a proteção e o funcionamento dos serviços, correspondentes a essas atribuições, ao regular as ações e serviços de saúde em todo o território nacional. Ela concebe o SUS como um conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais da administração pública direta e indireta e das fundações mantidas pelo poder público (BRASIL, 1990).

Essa Lei expressa, ainda, a importância do controle social do SUS que se baseia no fortalecimento dos conselheiros de saúde, como sujeitos sociais que participam na formulação, fiscalização e deliberações da política de saúde, realizando capacitações profissionais e reflexões sobre o processo de política pública de saúde e de mobilização social nele envolvidos ao se discutir princípios e diretrizes do SUS, com base em cinco eixos: gestão, participação social, financiamento, intersetorialidade, informação e comunicação em saúde.

Os Distritos Sanitários (DSs) são espaços descentralizados de organização da saúde no Brasil, responsáveis pelo desenvolvimento de ações, segundo os eixos

determinados, eles têm por objetivo fundamental o aumento da cobertura dos serviços com uma inter-relação entre eles e assegurar o acesso de toda a população aos serviços organizados conforme o nível de complexidade.

Ao atuar em um DS, percebe-se a sua importância para os usuários do SUS, pois o acesso é mais fácil, por sua localização, e a solução dos problemas também se torna mais acessível, pois evitam deslocamentos até a sede da Secretaria Municipal de Saúde (SMS), em atendimento ao princípio de descentralização da saúde. O propósito de

criação e desenvolvimento dos Distritos Sanitários não é, apenas, um passo a mais no processo de descentralização político-administrativa do sistema de saúde é redirecionar e modificar a forma de organização e o conteúdo das ações e serviços de saúde, de modo a se responder às demandas da população, atender às necessidades de saúde e, fundamentalmente, contribuir para a solução dos problemas de saúde da população que vive, trabalha no espaço territorial e social do Distrito Sanitário (MENDES, 1993, p. 45).

Em geral, a divisão do território é sistematizada em território-distrito, território-área, território micro-área e território-moradia. O território-distrito, como o nome indica, é o conjunto total do espaço-populacional do sistema regionalizado, em geral coincidindo com um limite ou uma definição político-administrativa. Assim, um município contém subdivisões municipais ou conjunto de municípios e corresponde a uma definida coordenação sanitária, de articulação interna e externa (MENDES, 1993, p. 49)

A Região Noroeste, até dezembro de 2008, era a única do município de Goiânia com cobertura total de unidades do Programa de Saúde da Família (PSF). No entanto, com as mudanças ocorridas no primeiro semestre de 2009, foram extintos dois Distritos Sanitários, o Mendanha e o Meia Ponte.

Em Goiânia, por iniciativa do gestor municipal, em dezembro de 2008, os Distritos Sanitários foram distribuídos em sete grandes áreas de abrangência: 1) Campinas-Centro, sua população estimada em 229.723 habitantes, 2) Leste, com 151.999 habitantes, 3) Noroeste, com 130.106 habitantes, 4) Norte, 113.901 habitantes, 5) Oeste, 101.007 habitantes, 6) Sudoeste, 152.582 habitantes, e 7) Sul, com 202.431 habitantes. As áreas de abrangência de cada Distrito Sanitário foram consolidadas com o traçado indicado na figura 1.



Figura 1 - Distritos Sanitários de Goiânia no ano 2009

Fonte: Goiânia. Secretaria Municipal de Goiânia – Coordenação de Estratégia de Saúde da Família-2008.

Com o redimensionamento dos Distritos Sanitários de Goiânia, também foi alterada a locação das unidades de saúde de atenção básicas, urgência/emergência, centros de referências e hospitais. O que resultou na redistribuição dos Conselhos Locais de Saúde (CLSs) em seus novos Distritos Sanitários. Ao procurar justificativa para as mudanças na Secretaria Municipal de Saúde, a pesquisadora foi

informada que essa só poderia ser obtida na Secretaria Municipal de Planejamento (Seplan), que também não dispunha dessa informação.

Quadro 8 - Conselhos existentes em cada Distrito Sanitário de Saúde até dezembro/2008.

Campinas-Centro			
Nº	Nome da unidade de saúde	Criação do CLS	Funcionando
1	C. S. Esplanada dos Anicuns	2/2/1973	Sim
2	C. S. Criméia Leste	11/1974	Sim
3	C. S. Vila Canaã	22/2/1975	Sim
4	C. S. Vila Moraes	7/4/1984	Sim
5	C. S. Marinho Lemos	25/4/1984	Não
6	Maternidade Nossa Senhora de Lourdes	Sem informação	Sim
7	C. S. Norte Ferroviário	18/9/1984	Sim
8	Cais Deputado João Natal	4/1988	Sim
9	C. S. Vila Santa Helena	8/1995	Sim
10	C. S. Setor Rodoviário	26/10/1995	Sim
11	Cerest Cândido José Santiago de Moura	16/4/1998	Não
12	Cais Campinas	19/9/1998	Sim
13	C. S. Fama	1998	Sim
14	Centro de Atenção Psicossocial Caps Ad/Casa	Sem informação	Sim
15	Crof - Campinas	7/2004	Sim
Leste			
Nº	Nome da unidade	Criação do CLS	Funcionando
1	C. S. Aruanã III	31/7/1984	Sim
2	Cais Chácara do Governador	22/8/1985	Sim
3	C. S. Dr. Afonso Honorato S. e Souza (Água Branca)	17/6/1988	Não
4	C. S. Conjunto Riviera	10/11/1991	Sim
5	Cais Jardim Novo Mundo	8/1998	Sim
6	Cais Parque Amendoeiras	16/4/1998	Sim
7	UABSF Parque Atheneu II	1/1999	Sim
8	Caps Novo Mundo	11/2000	Não

Cont.

Norte			
Nº	Nome da unidade	Criação do CLS	Funcionando
1	C. S. Vila Clemente	27/11/1985	Sim
2	C. S. Jardim Balneário Meio Ponte	1/5/1990	Sim
3	C. S. Isabel Maria Da Silva – Vila Maria Dilce	7/1991	Sim
4	C. S. Conjunto Itatiaia	26/3/1996	Sim
5	Ciams Setor Urias Magalhães	26/3/1996	Sim
6	Cais Jardim Guanabara	12/1997	Sim
7	C. S. Benedito Dos Santos Vieira (Setor Perim)	Sem informação	Sim
8	UABSF Setor São Judas Tadeu	16/4/1998	Sim
Oeste			
Nº	Nome da unidade	Criação do CLS	Funcionando
1	C. S. Vila Regina	12/4/1985	Sim
2	C. S. Pq. João Braz	16/5/1985	Sim
3	UABSF Vera Cruz li	9/1985	Sim
4	UABSF Vera Cruz I	1/12/1985	Sim
5	C. S. São Francisco	8/1989	Sim
6	UABSF Parque dos Buritis	9/4/1992	Sim
7	Cais Bairro Goiás	16/4/1998	Sim
8	Caps Esperança	20/12/2001	Sim
Sudoeste			
Nº	Nome da unidade	Criação do CLS	Funcionando
1	C. S. José Do Egídio Martins (Vila União)	Sem informação	Sim
2	C. S. Jardim Vila Boa	2/9/1992	Sim
3	C. S. Vila Mauá	26/1/1995	Sim
4	C. S. Parque Anhanguera	1998	Sim
5	Cais Novo Horizonte	Sem informação	Sim
6	Caps Beija Flor	12/2003	Sim

Cont

Sul			
Nº	Nome da unidade	Criação do CLS	Funcionando
1	C. S. Parque Amazônia	Sem informação	Sim
2	C. S. Mendonça (V. Redenção) Redenção Redençã Redenção)	Sem informação	Sim
3	Caps Infante Juvenil Água Viva	3/3/1995	Não
4	Ciams Setor Pedro Ludovico	Sem informação	Sim
5	Ciams Jardim América	1999	Sim
6	Caps Vida	12/2000	Sim
7	Caps Girassol	Sem informação	Não
8	Caps Casa	Sem informação	Não
9	Pronto Socorro Psiquiátrico Wassilic Chucri	Sem informação	Sim
10	Ambulatório de Psiquiatria	Sem informação	Não

Fonte: **Dados coletados junto ao Conselho Municipal de Saúde de Goiânia e no Serviço Social dos Distritos Sanitários, em dezembro/2009 e organizados pela pesquisadora.**

Um dado referente aos Conselhos Locais de Saúde que chama a atenção é a forma de registro das reuniões plenárias e de outras atividades desenvolvidas mensalmente. Elas deveriam constar em livros atas e outros documentos que deveriam compor sua memória. Alguns conselhos não dispõem do livro de registro com a data do início de suas atividades e da posse de sua primeira diretoria, o que justifica a não complementação dos dados desses conselhos no quadro 8.

O recorte espacial, com ênfase, ao Distrito Sanitário Noroeste, justifica-se por ser esse o lócus de trabalho da pesquisadora, que já realiza acompanhamento dos CLSs nas unidades de saúde que possuem equipe de gestores já efetivada, que é requisito para a constituição desses. Os CLSs realizam suas plenárias mensalmente em dias estabelecidos, conforme o Quadro 9, com a participação de usuários, trabalhadores e gestores de forma ativa e procuram colaborar com a gestão, tecendo críticas, elogios e também apontando falhas no atendimentos das equipes das unidades de saúde, como forma de garantir a qualidade dos serviços prestados à população.

Quadro 9 - Conselhos Locais existentes na área de abrangência do Distrito Sanitário Noroeste, a partir de dezembro de 2008.

DISTRITO SANITÁRIO NOROESTE			
N°	Nome da unidade	Criação do CLS	Dia da plenária mensal
1	Cais Finsocial	28/4/1988	1ª quinta-feira (à tarde)
2	Cais Curitiba	12/8/1992	2ª quinta- feira (à tarde)
3	Maternidade Nascer Cidadão	26/3/1996	2ª quarta-feira (à tarde)
4	Cais Cândida de Moraes	26/3/1996	Última sexta-feira (à tarde)
5	UABSF Vila Mutirão	25/10/2004	1ª quinta-feira (manhã)
6	UABSF Jardim Primavera	23/6/2009	2ª quarta-feira (à tarde)
7	Fórum de Saúde Noroeste		3ª quarta-feira (à tarde)

Fonte: Dados coletados nos Conselhos Locais da região e organizados pela pesquisadora, em dezembro de 2009.

Além das unidades de saúde da Região Noroeste que já se encontram com seus CLS efetivamente criados e em funcionamento, ainda existem unidades em bairros que fazem parte da ESF, mas ainda não possuem CLS. A justificativa é que a figura de gestor, exigência para a constituição de um CLS, ainda se encontra em fase de efetivação, atendendo à proposta de n° 3 da etapa local da VII Conferência de Saúde do Jardim Primavera, realizada em 15 de agosto de 2007 (GOIÂNIA, 2007).

Conforme dados do censo IBGE, 2000, apontados no quadro 4, na RNG havia 26 bairros. Na área de abrangência do Distrito Noroeste, atualmente, há 63 bairros com população estimada de 130.106 habitantes, tendo como base o banco de dados da Coordenação da Estratégia de Saúde da Família (Coef) da Secretaria Municipal de Saúde (GOIÂNIA, SMS, 2009).

À Região Noroeste foram incorporados todos os Bairros anteriormente da área de abrangência do Cais Cândida de Moraes, como o Jardim Nova Esperança e outros que, ainda, não dispunham de Unidade de Atenção Básica à Saúde da Família (UABSF). Um dos grandes problemas que se apresenta está relacionado à demanda reprimida por especialidades médicas como Cardiologia, Oftalmologia, Dermatologia, Psiquiatria, Neuropediatria, Otorrinolaringologia, assistência social, fisioterapia, nutrição, psicologia entre outras.

A Estratégia de Saúde da Família é uma das políticas públicas mais eficientes, por facilitar o acesso da população aos serviços de saúde que já foram implementados no país. No entanto, existem fatores que dificultam a satisfação dos usuários das Equipes de Saúde da Família (ESF) e sua adesão a ela.

O levantamento da área de abrangência do DSN tem como objetivo apontar as áreas que devem ser cobertas por profissionais de Serviço Social, na realização de visitas domiciliares demandadas pelo Ministério Público e pelos processos do protocolo da SMS, como solicitação de leite, medicação, insumos, do Comitê de Morte Materna, Conselhos Locais de Saúde, Programa de Tabagismo, Prevenção de Violência, Drogas, Capacitação. Esses acompanhamentos de profissionais de Serviço Social são feitos nas três unidades de emergências dos Cais Cândida de Moraes, Curitiba, Finsocial, na Maternidade Nascer Cidadão e nas dezesseis unidades básicas de saúde atualmente com 47 equipes de ESF.

Uma ação competente do assistente social não pode ser pensada de forma desarticulada de outros segmentos profissionais e de outras políticas sociais, pois não existem fórmulas prontas na construção de um projeto democrático, uma vez que a área da saúde exige profissional e políticas distintas de distintos saberes. Alguns caminhos apontam a necessidade de

estar articulado e sintonizado ao movimento dos trabalhadores e de usuários que lutam pela real efetivação do SUS; facilitar o acesso de todo e qualquer usuário aos serviços de saúde da Instituição, bem como de forma crítica e criativa não submeter à operacionalização de seus trabalho aos rearranjos propostos pelos governos que descaracterizam a proposta original do SUS: tentar efetivar e/ou efetivar, conjuntamente com outros profissionais, espaços nas unidades de saúde que garantam a participação popular nas decisões a serem tomadas. Bem como, levantar discussão e defesa da participação crítica também dos funcionários nesses espaços; estar sempre disposto a procurar atualizar, buscar assessoria técnica e sistematizar o trabalho desenvolvido, bem como estar atento sobre a possibilidade de investigação sobre temáticas relacionadas à saúde (BRAVO, 2007. p. 44).

A autora informa uma tendência otimista do Serviço Social, já que há uma preocupação com o controle social da política de saúde e o potencial de contribuição que a profissão pode proporcionar o que pode ser observado também na Secretaria Municipal de Saúde de Goiânia. O crescimento na contratação de assistentes sociais busca suprir a necessidade por serviços coletivos, em programas do MS e também em ações de controle social, visto que se trata de demanda recente que poderá ser

mais bem qualificada e orientada por profissionais que tenham conhecimento e formação sobre o assunto. Um dos marcos legais da inserção do Serviço Social como profissão da saúde foi a portaria n° 218/1997²⁰

A década de 1980, no Brasil, foi um período de grande mobilização política,

como também de aprofundamento da crise econômica que evidenciou a ditadura militar. Nessa conjuntura, há um movimento significativo na saúde coletiva, que também ocorre no Serviço Social, de ampliação do debate teórico e da incorporação de algumas temáticas como o Estado e as políticas sociais fundamentadas no marxismo (BRAVO, 2007, p. 33).

Como dinamizador do projeto ético-político profissional, cabe ao assistente social assumir, como valor ético central, o compromisso com a *liberdade*. A liberdade e a autonomia de maneira reflexiva das ações profissionais devem repercutir efetivamente nas formas de realização do trabalho profissional e nos rumos e desafios nele impressos, sem perder de vista a defesa intransigente dos direitos humanos e a recusa do autoritarismo e de arbitrariedades impostos pelo sistema vigente. Esse processo de trabalho profissional é fundamentado no Código de Ética do Assistente Social (CEFESS, 1993) e na Lei de Regulamentação da Profissão (BRASIL, 1993).

O Serviço Social na política de saúde, quando se trata da Estratégia de Saúde da Família (ESF), é algo recente, como um novo modelo de atenção à saúde no Brasil, que tem como objetivo realizar a prevenção, instituído a partir de 1994. O Fórum Distrital é um espaço privilegiado em que as assistentes sociais vinculadas aos Distritos Sanitários utilizam para realização de ações conjuntas, sistematizadas e qualificadas. Os encontros das profissionais de Serviço Social que atuam nos sete Distritos Sanitários de Goiânia ocorrem mensalmente, e caso necessário realizam assembléias extraordinárias que contam com o reconhecimento dos gestores distritais, e, também da Diretoria de Rede Básica da Secretaria Municipal de Saúde.

Os conselhos são importantes canais de participação coletiva e de criação de novas relações políticas entre Estado e sociedade civil, como também, de construção de um processo de interlocução entre o público e o privado, embora não

²⁰ a 10ª CNS reafirmou a necessidade de consolidar o Sistema Único de Saúde, com todos os seus princípios e objetivos. Resolve reconhecer entre outras categorias o Serviço Social como profissão da saúde.

sejam eles o único espaço de participação popular no processo de democratização. Para tanto, é fundamental a ação do Serviço Social em dupla direção, ao

impulsionar e ampliar o movimento que se organiza em torno da defesa de direitos e das políticas sociais, propondo novas estratégias para o enfrentamento das demandas sociais, no interior do aparato institucional aonde os assistentes sociais são cada vez requisitados a transcender funções executivas para desempenhar papéis de formulação e gestão de políticas e programas sociais; e, ao mesmo tempo, colaborar para o adensamento da pesquisa e da produção teórica no âmbito das políticas sociais, articulada à análise das tendências macro societárias que iluminem estrategicamente os rumos a serem perseguidos. (RAICHELIS, 1998, p. 14).

Ao apreender a participação social como um dos elementos essenciais à prática profissional, os assistentes sociais incorporam em seu cotidiano uma preocupação: a real compreensão da população sobre o controle social, sua importância como participantes e a explicitação de suas contribuições para a melhoria da política de saúde. Os assistentes sociais devem valorizar a participação da população, nos Conselhos Locais de Saúde, na expectativa de intervir nas expressões da questão social, de modo a contribuir para a redução da pobreza que afeta grande parte da população usuária. A população deve ser tomada como sujeito no processo do conhecimento acadêmico e da prática profissional dos assistentes sociais com respeito aos valores e a cultura local.

Uma das competências dos assistentes sociais, nos termos do art. 4º da Lei nº. 8.662/93 (BRASIL, 1993), consiste em elaborar, coordenar, executar e avaliar planos programas e projeto que sejam do âmbito de atuação do serviço social com a participação da sociedade civil. Essa competência evidencia a necessidade de realização de estudos e aprofundamentos teórico-metodológicos sobre a participação popular na saúde e contribuir, por meio de orientações e capacitações para que os usuários possam assumir e entender seu papel de fiscalizador e proponente de mudanças na melhoria dos serviços de saúde prestados.

3.2 A atuação de assistentes sociais nas Unidades de Saúde nos Conselhos Locais e no Municipal

A participação social sob uma perspectiva funcionalista, em que, segundo Lima (1979, p. 34), é considerado um meio de obtenção de apoio para os programas oficiais na área do desenvolvimento social, uma vez que sem ela o programa poderia não se concretizar. Por outro lado, em uma perspectiva histórico-cultural, a

participação social privilegia a noção de estrutura econômica, política, social e ideológica nas formações sociais concretas, posição assumida pelos profissionais que atuam na Região Noroeste.

Com essa orientação teórica, foi definido por esta pesquisadora, como um dos objetos de estudo e análise da política de saúde, explicitar as formas de participação social e cultural dos cidadãos que se encontram inseridos nos Conselhos de Saúde, ao orientá-los sobre as possibilidades de conscientização e de participação na política de saúde, por meio de sugestões e alternativas, como usuários do SUS, aos gestores públicos em seus diferentes níveis.

A atenção primária à saúde denominada de atenção básica de saúde, além de ser um nível de atenção no sistema de saúde regional, pode ser compreendida, em outras dimensões, como uma estratégia para alcançar o aumento na cobertura e acesso às ações de saúde para o conjunto da população, ao reformular e reorganizar os recursos, o que potencializa a ação e os resultados dessa base e, desse modo, tem implicações na composição e função dos demais níveis de serviços ofertados. Em geral, alocada em Unidades Básicas de Saúde, (UBS), ele representa a *porta de entrada* do usuário do SUS e deve servir a um determinado grupo populacional que mora ou trabalha na sua área geográfica de abrangência.

Nesses espaços, destacam-se os chamados Programas de Agentes Comunitários de Saúde (ACSs) e o Programa de Saúde da Família (PSF) como estratégias importantes para a construção de um novo modelo de atenção à saúde. Esses programas participam do/no processo de construção da regionalização/distritalização da saúde, donde a necessidade de criação e implantação de instrumentos/mecanismos mínimos que garantam a articulação entre os serviços de saúde dos diferentes níveis de atendimento, nos municípios e bairros, num processo dinâmico e flexível denominado referência e contrarreferência. Esta necessidade impõe-se como um instrumento que contribui para o alcance da equidade, do controle da qualidade e da pertinência dos procedimentos, sobretudo aqueles de alta complexidade e custo.

A representatividade do controle social na saúde deve ser significativa ante a amplitude alcançada no movimento da reforma sanitária. À efetivação do SUS houve necessidade de movimentação dos vários sujeitos sociais envolvidos. Foram vários

os obstáculos à inclusão de uma agenda de sustentação ao controle social de forma concreta e ampla.

A consolidação do controle social na saúde de fato e de direito, instituído pela Constituição Federal de 1988, (BRASIL, 1988) pelas Leis nº 8.080/90 (Brasil, 1990 a) e nº 8.142/90 (BRASIL, 1990 b), tem exigido de estudiosos e pesquisadores, como também dos conselheiros de saúde aprofundamento e revisão de atitudes em análises e estratégias que indiquem o caminho de sua consolidação. Aposta-se na ampliação da ESF por meio das residências multiprofissionais, do Núcleo de Apoio ao Saúde da Família (Nasf), na formação contínua de conselheiros de saúde. Tratam-se de estratégias utilizadas para concretizar a participação popular e pelas reivindicações nas conferências de saúde em suas várias etapas.

Os dados obtidos na Coordenação da Estratégia Saúde da Família (Coef) da Secretaria Municipal de Saúde mostram que a área de cobertura do PSF em Goiânia atende a 137.439 famílias cadastradas nas 56 unidades, com atuação de 546 agentes comunitários de saúde (ACS), e o maior percentual de cobertura localiza-se na RNG, conforme demonstra o Quadro 10.

Quadro 10 - Famílias cadastradas os Distritos Sanitários de Goiânia em 2009.

Distrito	Nº ACS	Famílias cadastradas	Unidades da ESF
Campinas-Centro	07	3.284	UABSF Leste Universitário e Criméia Oeste.
Leste	95	23.614	C.S Parque Ateneu, UABSF Pq. Atheneu, Jd. Mariliza, Vila Pedroso, Recanto das Minas Gerais, Dom Fernando, Santo Hilário, Cais Amendoeiras, C. S. Aruanã III.
Noroeste	218	46.137	Cais Finsocial, Cais Curitiba, C. S. Vila Mutirão, UABSF Curitiba II, III, Morada Do Sol, VF-18, Recanto do Bosque, Estrela Dalva, Tremendão, Novo Planalto, Boa Vista, Vitória, Floresta, São Carlos, Brisas da Mata e Jd. Primavera.
Norte	64	20.018	C.S. Jd. Guanabara II, São Judas Tadeu E Itatiaia, UABSF Guanabara I, Cachoeira Dourada, Vale Dos Sonhos E Vila Rica
Oeste	73	22.915	C. S. Vera Cruz I e II, UABSF Goiânia Viva, UABSF Eldorado Oeste, UABSF Residencial. Primavera, UABSF Jardim Aritana, UABSF Bairro Goiá, UABSF Jardim Mirabel, UABSF Luana Park, C. S. Parque dos Buritis.
Sudoeste	89	21.471	UABSF Jd. Caravelas, Andrea Cristina, Garavelo B, Condomínio Das Esmeraldas, Residencial Itaipu, Madre Germana, Pq. Santa Rita, Grajaú, Jd. Eli Forte E Real Conquista.
Sul			Não possui unidades da ESF
TOTAL	546	137.439	

Fonte: GOIÂNIA. Secretaria Municipal de Saúde. Departamento de Rede Básica. Coordenação Colegiada do PSF, em 26 de setembro de 2009. Dados organizados pela autora.

Vale registrar que nos anais da I Conferência de Saúde realizada em Goiânia no ano de 1991, havia somente 28 unidades de saúde de pequeno porte responsáveis pelo atendimento de cerca de 3 a 8 por cento das ações de saúde de assistência médica e odontológica. Hoje, somente na Região Noroeste de Goiânia existem 51 equipes da Estratégia de Saúde da Família que atendem 46.137 famílias.

O Ministério da Saúde preconiza que todos os agentes comunitários de saúde (ACS) devem morar na comunidade onde atuam e estarem vinculados à ESF que atende àquela população. O agente comunitário de saúde é alguém que se destaca pela capacidade de se comunicar com as pessoas e pela liderança natural que exerce e o ACS funciona como elo entre a ESF e os moradores de sua área de abrangência. Deve estar em contato permanente com as famílias, o que facilita o trabalho de vigilância e promoção da saúde realizada por toda a equipe. É também um elo cultural, que imprime mais força ao trabalho educativo, ao unir universos culturais distintos: o do saber científico e o do saber popular. O seu trabalho é feito nos domicílios de sua área de abrangência. São atribuições específicas do ACS:

realizar mapeamento de sua área; cadastrar as famílias e atualizar permanentemente esse cadastro; identificar indivíduos e famílias expostos a situações de risco; identificar área de risco; orientar as famílias para utilização adequada dos serviços de saúde, encaminhando-as e até agendando consultas, exames e atendimento odontológico, quando necessário; realizar ações e atividades, no nível de suas competências, nas áreas prioritárias da Atenção Básicas; realizar, por meio de visita domiciliar, acompanhamento mensal de todas as famílias sob sua responsabilidade; estar sempre bem informado, e informar aos demais membros da equipe, sobre a situação das famílias acompanhadas, particularmente aquelas em situações de risco; desenvolver ações de educação e vigilância à saúde, com ênfase na promoção da saúde e na prevenção de doenças; promover a educação e a mobilização comunitária, visando desenvolver ações coletivas de saneamento e melhoria do meio ambiente, entre outras; traduzir para a ESF a dinâmica social da comunidade, suas necessidades, potencialidades e limites; identificar parceiros e recursos existentes na comunidade que possam ser potencializados pela equipe (BRASIL, 2006).

Diante da insuficiência quantitativa de recursos humanos na área, cada equipe responsabiliza-se pelo acompanhamento de, no máximo, quatro mil habitantes, apesar de a média recomendada pelo MS (2006) ser de três mil habitantes de uma determinada área, que passam a ter corresponsabilidade no cuidado com a saúde. A atuação das equipes ocorre principalmente nas unidades básicas de saúde, nas residências domiciliares e na mobilização da população, caracterizando-se

como porta de entrada de um sistema hierarquizado e regionalizado de saúde; por ter território definido, com uma população delimitada, sob a sua responsabilidade; por intervir sobre os fatores de risco aos qual a comunidade está exposta; por prestar assistência integral, permanente e de qualidade; por realizar atividades de educação e promoção da saúde. (BRASIL, 2006).

O trabalho das equipes da saúde da família é o elemento-chave para a busca permanente de comunicação e troca de experiências e conhecimentos entre os integrantes das equipes e desses com o saber popular do agente comunitário de saúde. As equipes são compostas, basicamente, por um médico de família, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e seis agentes comunitários de saúde. Quando ampliadas, contam ainda com um dentista, um auxiliar de consultório dentário e um técnico em higiene dental. As equipes possuem como atribuições comuns:

participar do processo de territorialização e mapeamento da área de atuação da equipe, identificando grupos, famílias e indivíduos expostos a riscos, inclusive aqueles relativos ao trabalho, e da atualização contínua dessas informações, priorizando as situações a serem acompanhadas no planejamento local; realizar o cuidado em saúde da população adstrita, prioritariamente no âmbito da unidade de saúde, no domicílio e nos demais espaços comunitários (escolas, associações, entre outros), quando necessário; realizar ações de atenção integral conforme a necessidade de saúde da população local, bem como as previstas nas prioridades e protocolos da gestão local; garantir a integralidade da atenção por meio da realização de ações de promoção da saúde, prevenção de agravos e curativas; e da garantia de atendimento da demanda espontânea, da realização das ações programáticas e de vigilância à saúde; realizar busca ativa e notificação de doenças e agravos de notificação compulsória e de outros agravos e situações de importância local; realizar a escuta qualificada das necessidades dos usuários em todas as ações, proporcionando atendimento humanizado e viabilizando o estabelecimento do vínculo; responsabilizar-se pela população adstrita, mantendo a coordenação do cuidado mesmo quando esta necessita de atenção em outros serviços do sistema de saúde; participar das atividades de planejamento e avaliação das ações da equipe, a partir da utilização dos dados disponíveis; promover a mobilização e a participação da comunidade, buscando efetivar o controle social; identificar parceiros e recursos na comunidade que possam potencializar ações intersetoriais com a equipe, sob coordenação da SMS; garantir a qualidade do registro das atividades nos sistemas nacionais de informação na Atenção Básica; participar das atividades de educação permanente; e realizar outras ações e atividades a serem definidas de acordo com as prioridades locais (BRASIL, 2006).

Cabe-lhes, ainda, estabelecer vínculos de compromisso e de corresponsabilidade com a população; estimular a organização das comunidades para exercer o controle social das ações e serviços de saúde; utilizar sistemas de informação para o monitoramento e a tomada de decisões; atuar de forma intersetorial, por meio de parcerias estabelecidas com diferentes segmentos sociais

e institucionais, de forma a intervir em situações que transcendam a especificidade do setor saúde e que acarretam efeitos determinantes sobre as condições de vida e saúde da população

No quadro 11 apresenta um panorama das distintas áreas de atuação do Serviço Social na Secretaria Municipal de Saúde de Goiânia, com destaque para o Distrito Sanitário, nos quais as atividades profissionais estão diretamente relacionadas ao acompanhamento dos programas preconizados pelo MS, como tabagismo, violência, hipertensão, mulher, diabetes, visitas domiciliares de Ministério Público, organização e coordenação dos serviços de consultas especializadas, ouvidoria, acompanhamento e formação contínua de conselheiros, dentre outras demandadas pelos usuários ao Distrito Sanitário.

Quadro 11 - Áreas de atuação dos Assistentes Sociais na saúde municipal 2001-2009

Áreas de atuação	Assistentes Sociais.	Locais de atuação
Assistência	53	Distrito Sanitário, Auditoria, Centro de Referência em Diagnóstico, Centro de Referência em Ortopedia, Divisão de Programas Especiais, Centro de Assistência à Saúde do Idoso
Assistência ambulatorial	52	Centro de Saúde, Cais, Ciams, Maternidade Nascer Cidadão
Assistência de urgência	20	Pronto Socorro Psiquiátrico, Centro de Saúde, Ciams
Assistência ambulatorial em saúde mental	34	Pronto Socorro Psiquiátrico, Caps
Assistência de urgência em saúde mental	3	Pronto Socorro Psiquiátrico, Ciams
Assistência Humanização	5	Cais,
Assistência à diretoria	1	Diretoria
À disposição de outros órgãos	3	Assembléia Legislativa, Hospital das Clínicas.
Gestão	31	Divisão de Saúde Mental, Departamento de Epidemiologia, Divisão de Recursos Humanos, Comissão de Avaliação do MS, Distrito Sanitário.
Total de profissionais	202	

Fonte: GOIÂNIA.Secretaria Municipal de Saúde. 2010. Dados organizados pela autora em abril de 2010.

A agenda do trabalho do Serviço Social está sendo repensada pelas profissionais que atuam na saúde municipal para evitarem o ativismo e poderem atuar de acordo com as competências advindas do debate teórico que a categoria vem realizando, sobretudo a partir da década de 1990, que,

no Brasil, foi um período de grande mobilização política, como também de aprofundamento da crise econômica que evidenciou a ditadura militar. Nessa conjuntura, há um movimento significativo na saúde coletiva, que também ocorre no Serviço Social, de ampliação do debate teórico e da incorporação de algumas temáticas como o Estado e as políticas sociais fundamentadas no marxismo (BRAVO, 2007, p. 33).

A autora, em suas análises, ao mesmo tempo em que apresenta uma tendência otimista do Serviço Social, a partir da década de 1980, evidencia uma preocupação com o controle social da política de saúde e com o potencial de contribuição que a profissão pode proporcionar aos Conselhos de Saúde.

Como Bravo afirma (2007, p. 47-48) não existem fórmulas prontas para a construção de um projeto democrático, e a sua defesa não deve ser exclusividade apenas de uma categoria profissional. No entanto, nas palavras leves da poesia, que se encontra a dimensão do desafio: *Quebrando pedras, plantando flores* (CORALINA, 1985, p. 11)

Na rotina de trabalho dos assistentes sociais percebe-se a necessidade de mudanças que sinalizem novas formas de organização da prática, de estudos da realidade, com o objetivo de planejar a execução dos trabalhos, relatarem experiências para discussão e avaliação, desenvolver competências teórico-práticas, buscar conhecer o perfil da população, encontrar formas de diminuição da burocracia e dinamização do trabalho educativo, como assegura Vasconcelos (2007, p.193)

Propostas de trabalho com o objetivo de realizar as mudanças sugeridas pela autora vêm sendo realizadas por diferentes profissionais, sobretudo no tocante à política de assistência social e saúde, por meio de encontros mensais. O Fórum Interprofissional da Assistência Social, Educação e Saúde da Região Noroeste de Goiânia, em uma perspectiva de intersetorialidade. Nos encontros os profissionais,

especialmente os das áreas de Psicologia e Serviço Social realizam estudos de textos, socializam experiências e aproveitam a ocasião para realizar atividades conjuntas como a participação no controle social, por meio dos Conselhos Locais da Assistência Social e Saúde, do Conselho Municipal de Assistência Social e de Saúde e do Fórum de Saúde Noroeste.

Um momento desafiador às profissionais participantes do Fórum Interprofissional é a realização do Simpósio de Serviço Social e Seminário de Políticas Públicas na Região Noroeste. A primeira edição do evento aconteceu em 2007, com a participação de profissionais da área da assistência social e saúde e teve como objetivo integrar a rede dos serviços sociais das áreas da assistência social e saúde. Ao II Simpósio de Serviço Social foi incorporado do I Seminário de Políticas Públicas que se realizou no Cras Curitiba e teve como tema: O tripé da seguridade social – assistência social, saúde e previdência. O III Simpósio de Serviço Social e II Seminário de Políticas Públicas trataram a questão da Interdisciplinaridade como um desafio profissional e o IV Simpósio a ser realizado nos dias 21 e 22 de outubro de 2010 terá como tema norteador *Trabalho, ética, intersectorialidade e meio ambiente*.

A cada ano, percebe-se o crescimento da participação de profissionais de outras áreas do conhecimento como Enfermagem, Médicos, Odontologia, Psicologia, Nutricionistas, Educadores e outros, como também de outras regiões de Goiânia e de outras cidades, que já inseriram o evento em sua agenda de formação contínua pela qualidade e atualização dos temas debatidos.

Mesmo que Vasconcelos (2007, p. 195) aponte que a maioria dos assistentes sociais demonstra distanciamento em relação aos conselhos de saúde, é interessante observar as qualidades indicadas pelos assistentes sociais em relação aos espaços criados e a serem ocupados nos Conselhos de Saúde. No entanto, a maioria dos profissionais não mantém um contato sistemático nem continuado com os conselhos.

No entanto, a realidade da RNG é outra, pois os profissionais que atuam nas unidades de saúde e no Distrito Sanitário participam ativamente das sessões

plenárias dos CLSs como também no Conselho Municipal de Saúde. Uma contribuição importante das profissionais da região, além do acompanhamento das plenárias dos Conselhos Locais, é a realização de formação contínua de conselheiros de saúde com o envolvimento e participação da equipe interdisciplinar do Distrito Sanitário da Região Noroeste, composta por assistentes sociais, enfermeiras, farmacêuticos, médicos, nutricionistas, psicólogos, odontólogos e gestores das unidades de saúde.

3.3 O Serviço Social e a interdisciplinaridade: um desafio e uma agenda profissional

A interdisciplinaridade, de forma muito tímida, vem afirmando-se no cotidiano de vários profissionais, em diferentes políticas públicas. A necessidade de realizar trabalhos conjuntos e articulados que contribuam para a transformação social é uma das metas de assistentes sociais, psicólogos e pedagogos que atuam no desenvolvimento da política de saúde na Região Noroeste. Tal tarefa é intensa e apresenta grandes e inúmeros desafios. Historicamente, cada profissão tem seu Código de Ética que estabelece normas e procedimentos que devem ser respeitados. A realização de tarefas interdisciplinares implica um trabalho planejado, executado e avaliado pelo conjunto de profissionais de diferentes áreas do conhecimento, mantido o respeito à particularidade de cada categoria profissional. Portanto, ele pressupõe ações voltadas aos interesses e necessidades dos usuários mediante planos, programas, projetos e serviços construídos coletivamente, socializando e complementando saberes e experiências.

Severino (*apud*, Sá, 2008, p. 11) afirma que a interdisciplinaridade é, sem dúvida, uma tarefa inacabada. Ainda não há como conceituar, com precisão, o que vem a ser essa atividade e nem sua vinculação, e/ou reciprocidade, essa interação, essa comunidade de sentido ou essa complementaridade entre as várias disciplinas. As experiências vivenciadas não permitem compreender o que seja essa atividade, de muita importância, para os profissionais, não somente assistentes sociais, mas todos aqueles que vivenciam essa experiência. A política de saúde, de forma não muito objetivada, com a implantação do Programa de Saúde da Família, tem

sinalizado para a necessidade da prática da interdisciplinaridade, compondo equipe mínima no PSF com médico clínico geral, enfermeira, auxiliar de enfermagem e agente comunitário de saúde.

Em busca de uma atitude e de uma vivência interdisciplinar, profissionais das várias políticas públicas e distintas áreas de conhecimento, que atuam na RNG, realizam encontros mensais para discussão de casos, troca experiências e saberes para a concretização da interdisciplinaridade, ao visualizarem a sociedade em sua totalidade.

Ao resgatar a idéia e a finalidade do conhecimento, cabe dizer que as Ciências Sociais, ao buscarem elaborar uma imagem científica do ser homem, pretendem construir um sentido para sua existência e atingir uma maior apreensão da realidade. Contudo, para além da descoberta das estruturas objetivas da existência dos homens e da abertura de espaços de intervenção profissional sobre elas, existe presente, nas Ciências Sociais, uma tentativa de criar uma imagem de totalidade, para

uma visão sintetizante do homem, da sociedade e da Humanidade. Nessa espécie de “antropologia geral”, as fronteiras das especialidades se diluem, a interdisciplinaridade pode se efetivar e a Ciência reencontram a própria Filosofia. (SEVERINO, 2008, p. 18).

A interdisciplinaridade no Programa de Saúde da Família, na Região Noroeste, é complexa e constitui um grande desafio por suas próprias características de troca de experiências, de reconhecimento e pela elaboração de um saber coletivo.

Um dos fatores que torna o trabalho interdisciplinar ainda mais complexo e desafiador é sua inexistência nos conteúdos programáticos das grades curriculares dos cursos de graduação e/ou de pós-graduação.

Na pesquisa e intervenção apresentadas e discutidas, percebe-se que há um denominador comum com a reflexão de experiências diferenciadas que

nos levaram ao entendimento de que a tentativa de concretização da interdisciplinaridade pode contribuir para a efetivação de um espaço democrático nas relações de trabalho. Também observamos que o debate e a construção coletiva, realizados pelos profissionais de saúde, estão ainda incipientes. Esta dinâmica pode ser utopia que se busca na luta pela igualdade e justiça social, pois se pretende uma política de saúde comprometida com a realidade social, baseadas no fator fundamental de que o setor saúde no Brasil foi protagonista desta construção histórica, por intermédio do movimento social organizado. (NUNES, TEIXEIRA, 2007, p. 118).

Na equipe interdisciplinar de cada Distrito Sanitário, há profissionais das distintas áreas do conhecimento. O quadro 12 apresenta as categorias profissionais que compõem a equipe interdisciplinar do DSN, mostrando a concentração de um maior número de mulheres, com um percentual feminino de 85% em relação aos homens.

As desigualdades presentes no cotidiano da sociedade, no que se refere às relações de gênero, se definiram nos meios sociais de produção e se estenderam à questão cultural e social sobre a diferenciação de funções entre a mulher e o homem, o nos variados espaços de convivência, ou seja, família, escola, igreja, prática desportiva, movimentos sociais, e, principalmente, no trabalho e na vida em sociedade.

Nos últimos cinquenta anos, um dos fatores mais marcantes ocorridos na sociedade brasileira foi a inserção crescente das mulheres na força de trabalho. O contínuo crescimento da participação feminina é explicado por uma combinação de elementos econômicos e culturais, como será visto a seguir. Um primeiro elemento foi o avanço da industrialização que transformou a estrutura produtiva, acirrou a expansão desenfreada do processo de urbanização e a queda das taxas de fecundidade, proporcionando um aumento de possibilidades de as mulheres encontrarem postos de trabalho na sociedade. Outro elemento refere-se à rebelião feminina do final dos anos 1960, nos Estados Unidos da América e na Europa, quando, como uma onda, elas chegaram ao mercado de trabalho, em plenos anos de chumbo; fazendo ressurgir o movimento feminista nacional e crescer a visibilidade política das mulheres na sociedade brasileira.

Quadro 12 - Equipe técnica do Distrito Sanitário Noroeste

Categoria profissional	Total		Sexo				Área de atuação
			Feminino		Masculino		
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	
Administrador	1	3,7	1	4,34	-		Gestão Administrativa
Assistente Social	2	7,4	2	8,69	-		Supervisão
Enfermagem	8	29,62	7	30,47	1	4,34	Supervisão e Gestão
Farmacêutico	2	7,4	1	4,34	1	4,34	Supervisão
Médico	2	7,4	1	4,34	1	4,34	Supervisão
Nutricionista	4	14,8	4	17,39	-		Supervisão e Gestão
Odontologia	4	14,8	4	17,39	-		Supervisão
Psicólogo	4	14,8	3	13,08	1	4,34	Supervisão
TOTAL	27	100	23	82,64	4	17,36	

Fonte: GOIÂNIA. Secretaria Municipal de Saúde (SMS). Setor de Recursos Humanos. Distrito Sanitário Noroeste, Goiânia, dezembro, 2009.

A saúde é um direito universal assegurado pela Constituição Brasileira (BRASIL, 1988) que estabelece o tripé da seguridade social: saúde, assistência e previdência. Essa definição constitucional é regulamentada pela LOS (BRASIL, 1990) que indica que cada pessoa deve ter acesso a uma equipe de atenção básica que dispõe dela, com capacidade de corresponsabilizar-se pelos seus problemas individuais e coletivos de saúde e de intervir nos mecanismos de produção de doenças. Para que essa medida se efetive, torna-se necessário a construção de espaços coletivos de encontro entre essas pessoas que podem ser as próprias unidades de saúde, as reuniões dos Conselhos Locais de Saúde, a visita domiciliar, de forma a despertar os sujeitos para o questionamento de sua situação e apresentação de propostas de melhorias das atividades destinadas à população usuária do SUS, compartilhando incômodos e ampliando potencialidades, o que contribui para tornar o trabalho mais eficiente e de efeito multiplicador.

No Distrito Sanitário Noroeste, o Serviço Social atua com os profissionais que compõem seu quadro, nas equipes da ESF, desde a ouvidoria da SMS, consultas especializadas, visitas domiciliares, palestras e oficinas para grupos de crianças, adolescentes, idosos, gestantes e outros para a construção e efetivação do vínculo

com as famílias atendidas. A identificação das famílias que requerem atenção especial que se inicia pela visita do agente comunitário de saúde. Ao perceber a necessidade evidenciada pelas visitas domiciliares, ou ainda, por meio de demanda espontânea, em razão do risco/vulnerabilidade em que a família ou pessoa se encontra, o caso é levado à equipe da ESF que o avalia de forma conjunta e o encaminha ao Serviço Social do Distrito Sanitário.

A solicitação de visita domiciliar e as providências decorrentes são encaminhadas por meio de instrumento próprio e de um diagnóstico da equipe da ESF. No Serviço Social do Distrito Sanitário, é realizada a avaliação da demanda, e, se ela for da área específica da saúde, as providências são tomadas; quando tratar-se de demanda social, é encaminhada ao Centro de Referência em Assistência Social, (Cras) da respectiva área de abrangência para as providências devidas. Após os encaminhamentos e providências necessárias, os resultados são devolvidos à equipe responsável pelo usuário para conhecimento e continuidade de atendimento/acompanhamento e outras possíveis e necessárias intervenções.

O processo de construção de vínculos, responsabilização e resolutividade tornam-se um desafio aos usuários, trabalhadores e gestores do SUS. Há, às vezes, a necessidade de novos arranjos de trabalho, novas formas de gestão, novas expectativas referentes à saúde, reformulação do conceito de saúde-doença, articulação e interação do sistema de forma ativa e participativa para a transformação do cotidiano de usuários e trabalhadores.

A constituição, pelo Ministério da Saúde, de equipes interdisciplinares, denominadas Núcleo de Apoio à Estratégia de Saúde da Família (Nasf), tem como meta ampliar os serviços oferecidos à Estratégia de Saúde da Família (ESF). Nesse núcleo, atuam trabalhadores de Serviço Social, Psicologia, Farmácia, Nutrição, Fisioterapia, Educação Física e outras profissões preconizadas em leis específicas. A expectativa é ampliar a qualidade dos serviços prestados à população e contribuir para a redução da demanda reprimida. Esta pesquisa, vinculada ao Curso de Mestrado em Serviço Social, busca, também, subsidiar a caminhada do controle social democrático em Goiânia.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Historicamente, pode-se observar que o controle social não é considerado uma categoria nova aos estudiosos e pesquisadores da política de saúde no Brasil e em outros países. O período pesquisado, 1989-2009, conta com os seguintes marcos históricos relacionados à Saúde: a Constituição Brasileira de 1988 (BRASIL, 1988), a Lei nº. 8.080/90 (BRASIL 1990, a) que explicita a LOS, a nº. 8.142/90 (BRASIL, 1990 b) que legitima a atuação do controle social na saúde por meio das Conferências e Conselhos de Saúde nos três níveis de governo: municipal, Estadual e Federal. Sem deixar de destacar ainda as NOBS, bem como a Resolução 333/2003 (BRASIL, 2003), que estabelece as diretrizes, aprova a criação, reformulação, estruturação e funcionamento dos Conselhos Locais de Saúde. Aprovou-se ainda, pelo Ministério e Conselho Nacional de Saúde, a implementação da Política Nacional de Educação Permanente para o Controle Social no Sistema Único de Saúde (SUS), a partir de 2009, em âmbito nacional.

No município de Goiânia, o marco legal da constituição dos Conselhos de Saúde, iniciou-se com o Decreto nº 1.426 de 14 de novembro de 1991 (GOIÂNIA, 1991), que foi alterado pelo Decreto 2.426 de 11 de novembro de 1993 (GOIÂNIA, 1993) e transformado na Lei nº 18, de 18 de outubro de 1993 (GOIÂNIA, 1993) que regulamenta a criação dos Conselhos Locais de Saúde. Após 9 anos foi aprovada a Lei nº. 8.088 de 10 de janeiro de 2002 (GOIANIA, 2002) que cria o Conselho Municipal de Saúde e dá outras providências.

No âmbito do Serviço Social registrou-se, em 1993, a aprovação, pelo CFESS, de um novo Código de Ética Profissional (CEFESS, 1993 a) e no mesmo ano, a atualização da Lei de Regulamentação da Profissão (CEFESS, 1993 b). Em 1996 é aprovada pela Abepss as Diretrizes Curriculares da Formação Profissional. Esses três documentos dão sustentação e materializam o Projeto Ético Político-Profissional.

Vários assistentes sociais compõem a relação de atores envolvidos nos Conselhos Locais da Região Noroeste e no Municipal. É um coletivo que estabelece discussões com os movimentos sociais, com a política de saúde, a gestão e o

controle sociais democrático nas dimensões federal, estadual e municipal e ganham distintos significados em decorrência da objetividade com que cada um dos segmentos trata a questão da saúde e/ou se insere nesses espaços de exercício de cidadania.

Apreendeu-se que as relações ocorridas entre os Conselhos Locais de Saúde da Região Noroeste e a sua interface com o Conselho Municipal é uma questão básica a ser aprofundada, ao focar a questão da modernidade na perspectiva de construir novas relações entre o controle social democrático pelo fortalecimento da gestão participativa, mediante o processo de educação permanente dos Conselhos Locais e Municipal de Saúde.

A inserção do Serviço Social na Secretaria Municipal de Saúde de Goiânia, a partir da década de 1970, a criação dos Distritos Sanitários como proposta de descentralização dos serviços de saúde e a instrumentalidade do Serviço Social por meio de ações concretas no acompanhamento dos Conselhos Locais de Saúde e a formação contínua de seus membros apresentam-se no fazer diário dos assistentes sociais. Alguns empecilhos concorrem para a inadequada efetivação dos trabalhos, como a falta de recursos materiais e humanos, bem como de espaço físico específico, de modo que os profissionais tenham privacidade para atendimento, de acordo com o Código de Ética da Profissão.

Há que se destacar ainda, a importância do papel educativo do assistente social como um dos agentes que procura suscitar, na população, sua organização, com nas suas condições históricas, objetivas e subjetivas, o resgate de seus direitos ao exercer, com seus pares, seu papel de usuário/cidadão pela elevação da consciência crítica.

Portanto, o Serviço Social tem apontado sugestões e discutido questões importantes na composição de uma agenda estratégica para o fortalecimento dos espaços públicos de decisão e gestão das políticas sociais, em contraposição a tendência de despolitização da sociedade civil, buscando o fortalecimento e interlocução entre a sociedade civil, e o Estado, bem como desencadear ações que estimulem o desenvolvimento da socialização de direitos e deveres dos cidadãos.

A perspectiva de direito e cidadania, defendida por profissionais que atuam nas distintas políticas sociais públicas, seja por meio da organização coletiva e da articulação com os movimentos sociais, seja pelo debate, ao socializar informações sobre temas que contribuam para a qualificação profissional, tanto em espaços sócio-ocupacionais, quer como em instituições de formação de ensino, exige a educação permanente para atuação nesse processo, recursos materiais e humanos para o pleno funcionamento dos CLS, por meio da elaboração, com os Conselhos Locais e do Fórum de Saúde da Região, de projeto a ser encaminhado à Secretaria Municipal de Saúde, ao Conselho Municipal de Saúde e ao Conselho Nacional de Saúde. O objetivo de obter recursos financeiros para formação continuada de conselheiros e para aquisição de materiais de consumo para uso contínuo, como papéis, pastas, lápis, caneta, livro ata, armários, arquivos, mesas, cadeiras, computadores e impressoras, como também aquisição e/ou destinação de espaço físico que possibilitem aos conselheiros, as condições necessárias ao pleno funcionamento de suas atividades.

Em relação à construção da história do controle social, em Goiânia, pode ser uma alternativa para esclarecer alguns fatos e reconstruir a história dos conselhos, em alguns casos, inexitem informações. A história oral tem sido apontada como importante instrumento de resgate da memória da vida contemporânea. Três aspectos são apontados como relevantes:

o primeiro relaciona-se ao registro, arquivamento e análise da documentação colhida por meio do reconhecimento e trabalho de edição de depoimentos e testemunhos feitos com recursos da tecnologia moderna; o segundo é a inclusão de histórias orais e versões mantidas por seguimentos populacionais antes silenciados, evitados, esquecidos ou simplesmente desprezados por diversos motivos; e o último relaciona-se as interpretações próprias, variadas e não oficiais de acontecimentos que se manifestam na sociedade contemporânea (MEIHY 2000, p. 13)

A pesquisa realizada no acervo das Conferências de Saúde ocorridas no período pesquisado permitiu observar as precárias condições dos arquivos do Conselho Municipal de Saúde de Goiânia. Há necessidade de elaboração projeto com o objetivo de conseguir recursos para a organização dos arquivos que possam preservar a história da participação do controle social no município de Goiânia.

O controle social na política de saúde é algo novo e se apresenta com todas as contradições inerentes à democracia participativa. Nos conselhos os interesses

são contraditórios: os representantes dos usuários buscam melhores serviços, respeito às decisões contidas nas Conferências de Saúde e a gestão defende os seus interesses por meio da troca e/ou barganha, ao fortalecer o modelo assistencial curativo em hospitais particulares, por meio dos convênios. Não se amplia a rede pública nem se investe nela, pois a terceirização é mais interessante para o grupo que se encontra no poder.

O Conselho de Saúde é um espaço de interlocução entre a sociedade civil e a gestão, porém os investimentos necessários ao real funcionamento dos Conselhos de Saúde não estão disponíveis. Dos seis Conselhos Locais de Saúde da Região Noroeste, somente um, o do Cais Curitiba dispõe de espaço próprio para funcionamento. Mesmo assim, são realizadas plenárias mensais, seus membros são eleitos e substituídos a cada dois anos, reivindica-se melhoria dos serviços prestados, os conselheiros participam das conferências e da formação contínua realizada por meio do Conselho Municipal de Saúde e do Serviço Social do Distrito Sanitário.

O controle social é um desafio para conselheiros usuários, trabalhadores e gestores. A prática recente, de participação da sociedade civil nas deliberações que sempre foram centralizadas e restritas ao gestor nem sempre é respeitada. Como os desafios são muitos e a temática é ampla, há a necessidade de realização de novos estudos que possibilitem melhor entendimento sobre a Estratégia de Saúde da Família, o papel do conselheiro de saúde e do Sistema Único de Saúde do Brasil, que é considerado modelo inovador por outros países.

REFERÊNCIAS

ABREU, Marina Maciel. *O Serviço Social e a organização da cultura: perfis pedagógicos da prática profissional*. São Paulo: Cortez, 2002.

AMMANN, Safira Bezerra. *Participação social*. São Paulo: Cortez & Moraes, 1981.

BEHRING, Elaine Rossetti, BOSCHETTI, Ivanete. *Política social fundamentos e história*. (Biblioteca Básica de Serviço Social). 5ª ed. São Paulo: Cortez, 2008.

BOBIO, Norberto. *O futuro da democracia*. 5ª ed. São Paulo: Paz e Terra, 1986.

BOTTOMORE, Tom. *Dicionário do pensamento marxista*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2001.

BRASIL, Assembléia Nacional Constituinte. *Constituição da República Federativa do Brasil*: 1988. Brasília: Câmara dos Deputados, Coordenação de Publicações, 2003 a.

_____. Anais da 8ª Conferência Nacional de Saúde. *Relatório Final*, Brasília, 1987.

_____. Lei nº 8.662/93. *Regulamentação da Profissão de Assistente Social*. 3ª ed. Brasília: 1997.

_____. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Diário Oficial da União, Brasília, 20 set. 1990, a.

_____. Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Diário Oficial da União, Brasília, 31 de dezembro de 1990, b.

_____. Resolução nº 196/1996. Conselho Nacional de Saúde. *Estabelecem diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos*. Brasília, 1996.

_____. Resolução nº 218 de 06 de março de 1997.

_____. Portaria nº. 687/2006. *Política Nacional de Promoção da Saúde*. Brasília.2006.

_____. INSTITUTO Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo de 2000. Brasília, 2000.

_____. Resolução nº 333/2003. Diretrizes de funcionamento dos Conselhos de Saúde. Brasília, 2003.

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Diretrizes Nacionais para o processo de educação permanente no controle social do SUS*. Brasília, MS, 2009.

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Decreto n°. 80.281. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Residência multiprofissional em saúde: experiências, avanços e desafios. Brasília, 2006.

_____. Portaria n° 198, de 13 de fevereiro de 2004

_____. Lei n° 11.129, de 30 de junho de 2005

_____. Portaria n° 1.111, de 05 de junho de 2005.

_____. Portaria n° 1.143 de 07 de julho de 2005.

_____. Portaria Interministerial n° 2.117 de 03 de novembro de 2005.

GOIÂNIA, Coletânea da VII Conferência Municipal de Saúde de Goiânia. 15, 30 e 31 de agosto e 1° setembro de 2007. Goiânia, 2007.

_____. Decreto n°.1.426 de 14 de novembro de 1991.

_____. Secretaria Municipal de Goiânia e Coordenação de Estratégia de Saúde da Família, dezembro, 2008.

_____. Relatório de Consulta Genérica Analítica da Divisão de Recursos Humanos (RCGA/DRH) de 21/01/2010.

BARBOSA, Dimas Lara. Participação popular. A democracia representativa está em crise. Ela tem seu ponto quase exclusivo no momento do voto. *Revista Carta Capital*, n° 600, p. 68-69, junho, 2010.

BRAVO, Maria Inês; VASCONCELOS, Ana Maria. GAMA: Andréia de Souza e MONNERAT, Giselle L. (orgs.). *Saúde e Serviço Social*. 3. ed. São Paulo, Cortez, 2007.

_____. *Movimentos sociais, saúde e trabalho*. 1ª ed. Rio de Janeiro, 2010.

CARVALHO, Antônio Ivo de. *Os conselhos de saúde no Brasil: participação cidadão e controle social*. Rio de Janeiro: Fase/Ibam, 1995.

CORALINA, Cora. *Meu livro de cordel*. Rio de Janeiro: Global, 1985.

CORREA, Maria Valéria Costa. *Que controle social? Os conselhos de saúde como instrumento*. Rio de Janeiro: ed. Fiocruz, 2000.

COUTINHO, Carlos Nelson. *Marxismo e política. A dualidade de poderes e outros ensaios*. 3. ed., São Paulo: Cortez, 2008.

_____. *Contra a corrente. Ensaios sobre democracia e socialismo*. 2. ed, São Paulo: Cortez, 2008.

DAGNINO, Evelina. *Cultura, cidadania e democracia a transformação dos discursos e práticas na esquerda latino americana*. Belo Horizonte: ed. UFMG, 2000.

- FREIRE, Paulo. *Pedagogia do oprimido*. Rio de Janeiro. Paz e Terra, 2002.
- GOHN, Maria da Glória. *Movimentos Sociais no início do século XXI. Antigos e Novos Atores Sociais*. Petrópolis: Vozes, 2003.
- GRAMSCI, Antonio. *Conceito de dialética da história*. Rio de Janeiro. Civilização Brasileira. 1981.
- GUERRA, YOLANDA. *A instrumentalidade do Serviço Social*. 6. ed. São Paulo: Cortez, 2007.
- HABERMAS, Jurgen. *O discurso filosófico da modernidade*. São Paulo: Martins Fontes, 2002.
- IAMAMOTO, Marilda V. *Renovação e conservadorismo no Serviço Social*. 9. ed. São Paulo: Cortez, 2007.
- _____. *O Serviço Social na contemporaneidade: trabalho e formação profissional*. 15. ed. São Paulo: Cortez, 2008.
- JATENE, Adib. Doenças do Brasil. *Revista Carta Capital*. São Paulo, n° 510, p. 34-37, 2008.
- KARL, Marx. *Para a Crítica da economia política (Os economistas)*. São Paulo: Abril, 1982. 1982.
- KOZIK, KAREL. *Dialética do concreto. 8. Reimpressão*. São Paulo: Paz e Terra, 2010.
- LARAIA, Roque de Barros. *Cultura um conceito antropológico*. 16. ed.. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2003.
- LIMA, Sandra A. Barbosa. *Participação social no cotidiano*. São Paulo: Cortez Moraes, 1979.
- MARTINELLI, Maria Lúcia. *Serviço Social identidade e alienação*. 8. ed. São Paulo, Cortez: 2003.
- MARX, Karl. *Sociologia*. São Paulo, Ática, 4ª. ed. 1984.
- MENDES, Eugênio V. et al. Implantação e desenvolvimento de Distritos Sanitários: conceitos-chave. In: MENDES, Eugênio Vilaça (org.) *Distrito Sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias no Sistema Único de Saúde*. São Paulo: Hucitec, Rio de Janeiro: Abrasco, 1993.
- _____. *Distrito Sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde*, São Paulo: Hucitec, Rio de Janeiro: Abrasco, 1993.
- MEIHY, José Carlos Sebe Bom. *Manual de história oral*. 3. ed. São Paulo: Loyola, 2000.

MIGUEL, Walderez Loureiro. *O Serviço Social e a promoção do homem. Um estudo de ideologia*. 4. ed. Goiânia: ed. UCG, 2005.

MORAES, Lúcia Maria. *A Segregação Planejada Goiânia, Brasília e Palmas*. 2. ed. Goiânia: ed. UCG, 2006.

MOYSÉS, Aristides. *Cidade Segregação Urbana e Planejamento*. Goiânia: ed. UCG, 2005.

_____. *Goiânia: metrópole não planejada*. Goiânia: ed. UCG, 2004.

MOSER, Cláudio; RECH, Daniel. Direitos humanos no Brasil. Diagnóstico e perspectivas. Coletânea Ceris. Rio de Janeiro, ano 1, p. 181-198, n.º. 1, 2003.

NETTO, José Paulo. *Capitalismo monopolista e Serviço Social*. 5. ed. São Paulo: Cortez, 2006.

PEREIRA, Potyara. A. P. *Necessidades Humanas. Subsídios à crítica dos mínimos sociais*. 4ª ed. São Paulo: Cortez, 2007.

PORTELLI, Hugues. *Gramsci e o bloco histórico*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1977.

RAICHELIS, Raquel. *Desafios da gestão democrática das políticas sociais*. In: *Capacitação em Serviço Social e política social*. Módulo 3. Brasília: UNB, Centro de Educação Aberta, Continuada à Distância, 2000. p. 15-22.

_____. Democratizar a gestão das políticas sociais – um desafio a ser enfrentado pela sociedade civil. In: *Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional*. 1998a

_____. *Gestão pública e a questão Social na grande cidade*. In: *Lua Nova*, p. 13-48, São Paulo, 2006.

SÁ, Jeanete L. Martins de. *Serviço Social e Interdisciplinaridade. Dos fundamentos filosóficos à prática interdisciplinar no ensino, pesquisa e extensão*. 7. ed. São Paulo: Cortez, 2008.

SILVA, Ademir da. *A gestão da seguridade social brasileira. Entre a política pública e o mercado*. São Paulo: Cortez. 2004.

SILVA, Marysia Alves da. SUS de A a Z. Terminologia do Sistema Único de Saúde, Goiânia: ed. UCG, 2005.

SIMÕES, Carlos. *A ética profissional e o Serviço Social*. In: *Curso de Direito do Serviço Social*. (Biblioteca Básica/Serviço Social). 3. ed. São Paulo: Cortez, 2009.

TEIXEIRA, Sonia Fleury. *Reforma sanitária em busca de uma teoria*. (org.) 3. ed. São Paulo: Cortez, 2006.

VASCONCELOS, Ana Maria. *A prática do Serviço Social. Cotidiano, formação e alternativas na área da saúde*. 4. ed. São Paulo: Cortez, 2007.

VIEIRA, Evaldo. *Os direitos e a política social*. São Paulo: Cortez, 2004.

Um rincão de miséria que prospera. *Jornal O Popular*, 1994.

Boletim Informativo do Conselho Municipal de Saúde de Goiânia. Goiânia, Julho. 1993.

ANEXOS

ANEXO I

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE GOIÁS
DEPARTAMENTO DE SERVIÇO SOCIAL
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO MESTRADO EM SERVIÇO SOCIAL
PRO-REITORIA DE PESQUISAS E PÓS-GRADUAÇÃO

QUESTIONÁRIO A SER APLICADO AOS CONSELHEIROS LOCAIS DE SAÚDE
DA REGIÃO NOROESTE DE GOIÂNIA E DO CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE

I- DADOS PESSOAIS

Nome completo: _____

a) Sexo () Feminino () Masculino

b) End. res. completo: _____

c) Telefone: _____ Celular _____

d) Profissão: _____

e) Escolaridade:

() Ensino fundamental
() Completo
() Incompleto. Até que série? _____

() Ensino médio ou 2º Grau
() Completo
() Incompleto. Até que série? _____

() Ensino superior
() Completo
() Incompleto. Até que série? _____

() Pós-graduação
() Completo
() Incompleto. Até que série? _____

II- ATUAÇÃO NO CONSELHO DE SAÚDE

a) Em qual Conselho de Saúde atua? _____

b) Há quanto tempo atua no Conselho de Saúde? _____

c) Qual segmento representa () Usuário () Gestor () Trabalhador

d) Já participou de capacitação sobre o controle social
() Sim () Não Onde _____ Quando _____

- e) Considera importante participar de capacitação como membro do conselho?
 Sim Não. Por quê?

III – INFRAESTRUTURA FÍSICA DO CONSELHO DE SAÚDE

- a) O conselho dispõe de espaço físico próprio. Sim Não
- b) Como se encontram as condições de conservação do conselho?
 Ruim Regular Boa
- c) Que móveis, equipamentos e material de consumo existem?
- | | | |
|---------------------|------------------------------|------------------------------|
| Mesas | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não |
| Cadeiras | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não |
| Armários | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não |
| Impressora | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não |
| Material de consumo | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não |
- d) Equipamentos de comunicação existentes no conselho:
- | | | |
|------------|------------------------------|------------------------------|
| Computador | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não |
| Telefone | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não |
| Internet | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não |
- e) Além das reuniões ordinárias ou extraordinárias, quais outras atividades são realizadas pelos membros do conselho?

IV – COMPETÊNCIA DO CONSELHEIRO DE SAÚDE

- a) Para você o que é o Conselho Local de Saúde?

- b) O que é o Conselho Municipal de Saúde?

- c) Você considera que os Conselhos Locais de Saúde de Goiânia contribuem para a gestão da saúde? Sim Não Como?

d) Como é feito o controle social?

e) Indique o que seria necessário para melhorar a atuação dos conselheiros?

f) Com quase vinte anos de implantação do SUS, que avanços teve a saúde pública em Goiânia pela participação dos Conselhos Locais de Saúde?

g) Os Conselhos Locais de Saúde contribuem de forma efetiva, por meio do Conselho Municipal de Saúde com para a elaboração do Plano de Gestão da Saúde de Goiânia?

h) Os Conselhos Locais de Saúde, por meio do Conselho Municipal de Saúde, fiscalizam e cobram o cumprimento das propostas aprovadas na Conferência de Saúde realizada em 2007?

() Sim () Não. Em caso negativo, aponte os motivos:

i) Como você repassa os encaminhamentos do CLS para a entidade que representa?

j) O que o CLS trouxe de importante para sua unidade de saúde e para o bairro?

k) Você se lembra de algum livro ou documento existente no CLS para consultas, estudo ou pesquisa? () Sim () Não Quais?

Goiânia, _____ / _____ 2010.

Nome completo _____

ANEXO II

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO INFORMAÇÕES SOBRE A PESQUISA

Título do projeto: Os conselhos locais de saúde, a interface com o conselho municipal de Goiânia e a inserção do serviço social – 1988 a 2009.

Orientadora: Professora Doutora Eleusa Bilemjian Ribeiro

Pesquisadora responsável: Mestranda – Vera Lúcia dos Santos Silva, matrícula n. 2008/UCG. Fone: 3288-7025-99337677

O Sr. (Sra.) está convidado a participar como voluntário desta pesquisa que tem como objetivo analisar a constituição histórica e a atuação dos Conselhos Locais de Saúde no município de Goiânia, na perspectiva da efetividade dos direitos de cidadania de sua população. Esta pesquisa é parte integrante da dissertação de Mestrado em Serviço Social da Pontifícia Universidade Católica de Goiás (PUC-Goiás) e para um maior entendimento desse processo serão prestados os seguintes esclarecimentos necessários.

A pesquisa será realizada por Vera Lúcia dos Santos Silva, aluna regular no Mestrado em Serviço Social da Pontifícia Universidade Católica de Goiás.

O objetivo geral é investigar o processo de efetivação do Sistema Único de Saúde (SUS), com ênfase à participação pelo controle social democrático, por meio da articulação e compromisso dos conselheiros locais e municipal de saúde.

Os objetivos específicos são: a) subsidiar o Conselho Municipal e os Conselhos Locais de Saúde, as respectivas Conferências e as suas entidades/instituições representativas que atuam no campo da saúde, com vistas ao seu fortalecimento e do exercício pleno de seus papéis; b) aprofundar os estudos e debates sobre o papel do controle social e a inserção do Serviço Social na política de saúde do município de Goiânia; c) contextualizar e mapear os diferentes conselhos, por regiões distritais de Goiânia; d) contribuir no processo de formação

continuada dos conselheiros e de profissionais que atuam na área da saúde sobre a importância do controle social; e) estimular a participação dos cidadãos na cultura da fiscalização e avaliação dos serviços públicos de saúde; f) socializar a produção científica advinda desta pesquisa no sentido de fortalecer o controle social democrático em Goiânia.

Os participantes da pesquisa serão os conselheiros locais de saúde da Região Noroeste e do Conselho Municipal de Saúde de Goiânia, representantes do órgão gestor da política pública de saúde, profissionais de Serviço Social dos Distritos Sanitários. A Região Noroeste de Goiânia (RNG) dispõe das seguintes unidades, com CLSs já efetivados: Cais Finsocial, Cais Cândida de Moraes, Cais Curitiba, Maternidade Nascer Cidadão e as UABSF da Vila Mutirão e do Jardim Primavera.

Caso se envolva na pesquisa, o participante deste estudo deve permitir que a pesquisadora, Vera Lúcia dos Santos Silva, utilize as informações fornecidas obedecendo à ética, ao respeito e ao rigor científico.

Em qualquer momento, o pesquisado tem liberdade de recusar-se a participar da pesquisa, sem qualquer prejuízo para ele. Sempre que julgar necessário, deve solicitar mais informações sobre a pesquisa por meio do telefone (62) 3286 6460 e/ou com o Comitê de Ética em Pesquisa da Pontifícia Universidade Católica de Goiás (62) 3946-1237. Os dados empíricos utilizados na pesquisa serão colhidos com base nas informações fornecidas pelo participante, como também pela leitura de documentos liberados para a pesquisadora por relatórios diários, resoluções, boletins, regimento interno, ofícios, notificações, dentre outros, emitidos por gestor e/ou conselheiro, após sua concordância e assinatura deste documento (TCRE).

A duração (da pesquisa será de três meses de dezembro de 2009 a fevereiro de 2010).

Serão selecionados os conselheiros membros efetivos em exercício atual de mandato, bem como, conselheiros ex-membros efetivos das três primeiras gestões dos conselhos. Não serão incluídos na pesquisa conselheiros, representantes de gestões anteriores, mas que não atuaram no período previamente definido, 1989 a

2009. Em relação à adequação das condições para realização da pesquisa, os questionários serão aplicados, preferencialmente, no próprio espaço dos Conselhos Locais da Região Noroeste. As entrevistas serão realizadas individualmente, com agendamento prévio, conforme data, local e disponibilidade de tempo indicados pelo entrevistado.

A participação na pesquisa é livre. A desistência do participante na pesquisa poderá ocorrer a qualquer momento. O afastamento ocorrerá sem nenhum prejuízo do informante da pesquisa. A identificação dos participantes será mantida em absoluto sigilo e seus nomes serão substituídos por nomes fictícios (pseudônimos) para preservar sua identificação. As entrevistas serão gravadas em fitas de gravador manual, e transcritas, e algumas referências serão usadas na dissertação de Mestrado em Serviço Social e em possíveis publicações posteriores.

Sua participação nesta pesquisa não lhe trará nenhuma complicação de qualquer natureza, seja de ordem legal, trabalhista, previdenciária, situação vexatória ou de constrangimento que possa prejudicar-lhe como sujeito da pesquisa. Ao contrário, a condição de conselheiro potencializa sua autonomia e poder de decisão. Os procedimentos adotados nesta pesquisa obedecem aos Critérios da Ética em Pesquisa com Seres Humanos conforme Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (CNS/CEP). Nenhum dos procedimentos usados oferece riscos físicos nem à sua dignidade humana como sujeito social envolvido

As informações obtidas serão utilizadas para atender aos objetivos fins da pesquisa. Ao final, o material transcrito será submetido à sua apreciação como colaborador da pesquisa, para só daí ser publicado.

Sua participação como conselheiro irá subsidiar o aprofundamento das reflexões e debates sobre a atuação e o resgate histórico dos Conselhos Locais de Saúde no município de Goiânia, como *guardiões* dos direitos de cidadania da população goianiense. Trata-se de um instrumento social democrático relevante, ou seja, o exercício da participação direta (democracia participativa) na formulação, fiscalização e consolidação das políticas públicas, dentre elas, a saúde, fundamentada em princípios de justiça social, de democracia e de ampliação e zelo pela cidadania das crianças e adolescentes, em situação de risco pessoal e social,

de Goiânia. Entende-se como benefício direto aos conselheiros a potencialização de sua autonomia e de seu poder de decisão.

O participante não terá nenhum tipo de despesa para participar desta pesquisa e nem receberá qualquer remuneração por sua participação.

Os resultados da pesquisa ficarão disponíveis no PPSS/Nupesc/PUC-Goiás, na Biblioteca Central da PUC-Goiás e nos Conselhos Municipal e Local de Saúde do município de Goiânia. Após 5 anos arquivados, os instrumentos utilizados na coleta de dados serão incinerados.

Após esclarecimentos, solicitamos o seu consentimento de forma livre para participar como colaborador desta pesquisa. Assim, preencha, por favor, os itens que se seguem.

Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE): considerando os itens apresentados, eu, de forma livre e esclarecida, manifesto meu consentimento em participar da referida pesquisa.

Goiânia, _____ de _____ de 2010.

Nome do participante da pesquisa

Assinatura do participante da pesquisa

Assinatura da pesquisadora

Assinatura da orientadora

ANEXO III

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE GOIÁS
DEPARTAMENTO DE SERVIÇO SOCIAL
Mestrado em Serviço Social
Núcleo de Estudo Pesquisa Estado Sociedade e Cidadania/Nupesc

CONSENTIMENTO DA PARTICIPAÇÃO DA PESSOA COMO SUJEITO

Eu, _____,

RG nº _____ CPF nº _____

abaixo assinado, concordo em participar do estudo e da pesquisa como sujeito. Fui devidamente informado e esclarecido pela pesquisadora Vera Lúcia dos Santos Silva sobre a pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes de minha participação. Foi-me garantido que posso retirar meu consentimento a qualquer momento, sem nenhum prejuízo.

Local e data _____

Nome do sujeito ou responsável _____

Assinatura do sujeito ou responsável _____

Presenciamos a solicitação de consentimento, esclarecimentos sobre a pesquisa e aceite do sujeito em participar

Testemunhas (não ligadas à equipe de pesquisadores)

Nome: _____

Assinatura _____

Nome _____

Assinatura _____

Observações complementares

ANEXO IV

ANEXO V**Conselho Nacional de Saúde**
Ministério da Saúde**RESOLUÇÃO Nº 218, de 06 de março de 1997**

O Plenário do Conselho Nacional de Saúde em sua Sexagésima Terceira Reunião Ordinária, realizada nos dias 05 e 06 de março de 1997, no uso de suas competências regimentais e atribuições conferidas pela Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, e pela Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, **considerando que:**

-a 8ª Conferência Nacional de Saúde concebeu a saúde como "*direito de todos e dever do Estado*" e ampliou a compreensão da relação saúde/doença como decorrência das condições de vida e trabalho, bem como do acesso igualitário de todos aos serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde, colocando como uma das questões fundamentais a integralidade da atenção à saúde e a participação social;

-a 10ª CNS reafirmou a necessidade de consolidar o Sistema Único de Saúde, com todos os seus princípios e objetivos;

-a importância da ação interdisciplinar no âmbito da saúde; e

-o reconhecimento da imprescindibilidade das ações realizadas pelos diferentes profissionais de nível superior constitui um avanço no que tange à concepção de saúde e à integralidade da atenção.

RESOLVE:

Reconhecer como profissionais de saúde de nível superior as seguintes categorias:

1. Assistentes Sociais;
2. Biólogos;
3. Profissionais de Educação Física;
4. Enfermeiros;
5. Farmacêuticos;
6. Fisioterapeutas;
7. Fonoaudiólogos;
8. Médicos;
9. Médicos Veterinários;
10. Nutricionistas;
11. Odontólogos;
12. Psicólogos; e
13. Terapeutas Ocupacionais.

CARLOS CÉSAR S. DE ALBUQUERQUE
Presidente do Conselho Nacional de Saúde

Homologo a Resolução CNS nº 218, de 06 de março de 1997, nos termos do Decreto de Delegação de Competência de 12 de novembro de 1991.

CARLOS CÉSAR S. DE ALBUQUERQUE
Ministro de Estado da Saúde