

Sousa da Ponte, Hermínia Maria; Lopes Filho, José Otaviano; Parente Feijão, José Reginaldo; Lopes de Souza, Francisca; Vidal dos Santos, Expedito; Albuquerque Soares, Carlos Hilton

“O Caminho se Faz ao Caminhar”: processo de reativação de Conselhos Locais de Saúde em Sobral, a partir do protagonismo cidadão

Saúde e Sociedade, vol. 21, núm. 1, mayo, 2012, pp. 234-243

Universidade de São Paulo

São Paulo, Brasil

Disponível em: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=406263672020>

“O Caminho se Faz ao Caminhar”: processo de reativação de Conselhos Locais de Saúde em Sobral, a partir do protagonismo cidadão¹

“A Path is Made by Walking”: reactivation process of Local Health Councils in Sobral through citizens’ leadership

Hermínia Maria Sousa da Ponte

Enfermeira. Mestranda em Saúde Pública pela Universidade Estadual do Ceará. Técnica da Secretaria da Saúde e Ação Social.
Endereço: Rua Ernesto Marinho 215, Centro, CEP 62010-110, Sobral, CE, Brasil.
E-mail: herminiaponte@yahoo.com.br

José Otaviano Lopes Filho

Pedagogo. Especialista em saúde pública. Técnico da II Coordenadoria Regional de Saúde do Estado do Ceará.
Endereço: Rua Radialista Francisco Aristeu Barbosa, Bairro Domingos Olímpios, CEP 62022-400, Sobral, CE, Brasil.
E-mail: otaviano@sobral.ce.gov.br

José Reginaldo Parente Feijão

Psicólogo. Mestre em Gestão Pública. Docente da Escola de Formação em Saúde da Família Visconde de Saboia/ Secretaria da Saúde e Ação Social de Sobral.
Endereço: Av. Jonh Sanford, 1320, CEP 62010-820, Sobral, CE, Brasil.
E-mail: Reginaldo.fp@hotmail.com

Francisca Lopes de Souza

Assistente Social. Especialista em Gestão em Serviços de Saúde Mestranda em Saúde da Família pela Universidade Federal do Ceará. Assistente social da Escola de Formação em Saúde da Família Visconde de Saboia/ Secretaria da Saúde e Ação Social de Sobral.
Endereço: Rua Manoel Marinho de Andrade, N 1002, Coelce, CEP 62023-060, Sobral, CE, Brasil.
E-mail: franciscalsouza2006@yahoo.com.br

Expedito Vidal dos Santos

Ensino Fundamental Completo. Articulador dos Conselhos Locais. Conselho Municipal de Saúde de Sobral.
Endereço: Rua Boulevar João Barbosa, N 568, Centro, CEP 62010-190, Sobral, CE, Brasil.
E-mail: expvidal@hotmail.com

Carlos Hilton Albuquerque Soares

Odontólogo. Mestre em Gestão Pública Secretário da Saúde e Ação Social de Sobral.
Endereço: Rua Viriato de Medeiros, N1205, Centro, CEP 62011-060, Sobral, CE, Brasil.
E-mail: chilton@sobral.ce.gov.br

¹ Este artigo foi baseado no trabalho apresentado à 3^a edição do Prêmio Sérgio Arouca de Gestão Participativa da Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa do Ministério da Saúde, 2008, tendo recebido prêmio na categoria de “Experiências Exitosas”.

Resumo

O presente artigo tem como objetivo descrever o processo de formação política de lideranças populares com vistas à reativação dos Conselhos Locais de Desenvolvimento Social e Saúde (CLDSS) no município de Sobral - CE. Os 48 mobilizadores locais, como foram denominados, obtiveram formação de 40h/aula intensas com metodologia dialógica, avaliada e planejada após cada oficina para contemplar as necessidades apontadas pelo grupo. Também foi desenvolvido acompanhamento das ações em território visando apoio técnico e pedagógico. Entre os resultados obtidos ressaltamos: expansão de 5(cinco) para 20 (Vinte) CLDSS; maior envolvimento entre Conselheiros municipais e equipe de saúde, assim como maior apoio aos CLDSS nos diversos bairros e distritos;; maior divulgação das ações do CLDSS em rádios comunitárias e espaços diversificados de encontros, por exemplo em praças públicas.

Palavras-chave: Conselhos Locais de Saúde; Protagonismo e Formação Política.

Abstract

This article presents the process of political formation of popular leaders with the objective of reactivating the Local Councils and Health (CLS) in the municipality of Sobral, state of Ceará, Brazil. The 48 local popular leaders received a 40 hours intensive training, based on dialogical methodology; assessment of the workshops was made after each one of them, in order to adapt the planning to the needs identified by the group. Follow up actions in their territory were also developed, for technical and pedagogical back up. Some of the results achieved were the expansion of the number of CLSs, from five to twenty; greater engagement and better understanding between Municipal councilors and the local health teams; finally, greater support from the population to the CLDSS in many neighborhoods and districts, wider dissemination of information about CLDSS actions in community radios and various meeting spaces, for example in public squares.

Keywords: Local Health Councils; Protagonism and Political Formation

Introdução

A Constituição Brasileira é um dos mais avançados textos constitucionais do mundo no que se refere ao conjunto de direitos sociais, sobretudo quanto aos direitos sociais no campo da Saúde, registrados nesse documento legal sob o lema “Saúde, direito de todos e dever do Estado” (Brasil, 1988). Assim desloca o conceito teórico do tema “Saúde” de um campo estritamente biológico para o campo político e histórico da construção dos direitos.

No que rege o processo de construção dos direitos à saúde, destacamos dois aspectos como fundamentais: o primeiro deles corresponde à formação de uma consciência sanitária, entendida no contexto deste estudo como “*a tomada de consciência de que a saúde é um direito da pessoa e um interesse da comunidade*” (B1978, p. 5); e o segundo aspecto, intrinsecamente ligado ao primeiro, situa a participação popular como mecanismo fundamental no referido processo.

O controle social, designação firmada para a participação nos espaços institucionais criados pela legislação na política de saúde do SUS, é um dos princípios fundamentais da reforma Sanitária Brasileira e uma importante inovação garantida pela Constituição. A gestão participativa no SUS, conceito que procura apontar o conjunto de dispositivos de participação na gestão da saúde, contribui para a ampliação da cidadania, identificando o usuário como membro de uma comunidade organizada com direitos e deveres, diferentes de uma mera visão de consumidores de bens e serviços.

Nesse contexto, o município deve ser valorizado como *locus* de possibilidade da construção do modelo de atenção proposto para o SUS, configurando-se como espaço potencializador de redes de participação social de alta capilaridade (Brasil, 2008).

Sobral, município no qual se desenvolve a experiência analisada neste artigo, é uma cidade de médio porte, com população estimada de 175.814 habitan-

tes, localizada na zona noroeste do Ceará, Região Nordeste do Brasil. Ocupa uma área de 2.122 km², o que corresponde a 1,45% do território estadual. O município tem 86% de sua população localizada em área urbana.

O município de Sobral, desde 1997, vem fortalecendo a atenção básica a partir da Estratégia Saúde da Família² (ESF). A atenção básica do município dispõe de Centros de Saúde da Família em número de 27 para todo o município, sendo 14 na zona urbana e 13 na zona rural. As equipes de ESF totalizam 48, sendo que 33 atuam na zona urbana e 15 na zona rural contando com uma cobertura das equipes da estratégia saúde da família de 98%³.

A Estratégia de Saúde da Família pressupõe uma mudança na atuação dos diversos profissionais que trabalham na atenção básica à saúde. Sair de um modelo de atenção de base curativa, que tem como foco a cura da doença, para outro modelo, que passa a focar a promoção da saúde da população, requer a construção de novas práticas e a adoção de uma nova postura, uma das principais conquistas deste modelo foi a valorização da participação da população e o controle social nos territórios.

Segundo os preceitos da promoção da saúde, essa passa a ser trabalhada sobre seus determinantes sociais, numa ação sinérgica entre políticas públicas, participação comunitária e intersetorialidade, na qual ações assumidas pelos indivíduos, família, comunidade e o Estado devem criar condições favoráveis ao pleno desenvolvimento das potencialidades humanas (Buss e Pellegrini Filho, 2007).

A partir dessa perspectiva, foram implantados no ano de 2000 os Conselhos Locais de Saúde, inicialmente pela equipe do Programa em Saúde da Família, que desencadeou uma série de reuniões com a comunidade para sensibilização da população e escolha dos Conselheiros. A gestão local visava que esse movimento de organização popular evoluísse para Conselhos Locais de Municípios Saudáveis, espaço que pode proporcionar a participação dos

² A princípio denominado de Programa Saúde da Família (PSF). A partir de 2003, o município de Sobral deixou de adotar o termo PSF e passou a utilizar a nomenclatura Estratégia Saúde da Família (ESF) para definir a lógica organizadora da atenção básica. A defesa da nomenclatura “Estratégia” apoia-se na ideia de que, ao invés de um programa vertical, paralelo ao sistema de saúde, inflexível e que não atenda às necessidades locais, a lógica organizadora da atenção básica deve ser dotada de flexibilidade, permitindo nortear sem impor ações de saúde, já que estas devem ser planejadas com base na realidade local, estratégicamente (DIAS, 2008).

³ SOBRAL, Prefeitura Municipal. Secretaria da Saúde e Ação Social. Relatório Municipal de Saúde. Mimeo. Sobral. 327p. 2007

conselheiros de forma mais atuante na sua área adstrita, em todos os setores, seja saúde, educação, desenvolvimento urbano, meio ambiente, geração de emprego e renda, assistência social, entre outros (Andrade e Junior, 1999).

Os Conselhos Locais de Saúde são denominados de Conselhos Locais de Desenvolvimento Social e Saúde - CLDSS, e têm essa finalidade na sua concepção e atuação. Busca-se com os CLDSS ultrapassar o modelo hegemônico tradicional de acompanhamento e fiscalização do sistema de saúde, que ainda é muito presente no cotidiano do serviço e da sociedade, e torná-los espaços de interação e negociação entre os diversos atores envolvidos naquele território, que deixam suas divergências e diferenças à parte, para coletivamente traçarem um objetivo em comum: definir os problemas sociais e conjuntamente formular um plano de superação.

Segundo Akerman (2005), “Desenvolvimento Local” é entendido no âmbito da formulação das políticas públicas, nas quais o local se expressa como um território vivo de interações, no qual influí a vida em suas múltiplas influências (social, cultural, amorosa, espiritual, intelectual, política, econômica, etc.) que se manifestam e constroem na cidadania, e buscam a coesão social em um campo impregnado de conflitos e interesses diversos.

Nesse sentido, os CLDSS devem ser compreendidos como espaços de interação comunitária não exclusivamente vinculados à prática das unidades de saúde, mas também ao cotidiano da vida humana, correlacionados com os determinantes e condicionantes sociais, econômicos, culturais e políticos, entre outros; eles tornam-se dispositivos de efetivação de democracia participativa.

Merrefield, (2002 *apud* Labra, 2005) avalia que a democracia participativa tem uma função educativa de participação em assuntos comunitários e políticos, e contribui para criar uma classe de cidadãos capazes de sustentar a democracia. Através da participação ativa, os cidadãos tornam-se mais informados acerca do sistema político, desenvolvem um senso maior de sua própria eficácia e ampliam seus horizontes para além de seus interesses pessoais em defesa de um bem público maior. O Conselho Municipal de Saúde de Sobral - CMSS, em 2006, buscou conhecer o funcionamento dos CLDSS na

cidade, pois havia um consenso de que muitos desses estavam desarticulados; além disso, o CMSS buscava também compreender os fatores sociais condicionantes para sua atual situação. Pretendia-se, ao final dessa pesquisa social, construir - de forma compartilhada entre o CMSS, os movimentos sociais da comunidade e os serviços de saúde e educação - ações de disseminação e sensibilização da prática local de democracia participativa, através da reativação e fortalecimento dos CLDSS. Foi como se denominou o projeto de fortalecimento de controle Social em Sobral, que seria construído mediante as informações provenientes dessa pesquisa.

Apoiando-nos em Antonio Machado, poeta sevilhano, e Paulo Freire, educador brasileiro, intitulamos nossa experiência o “*caminho se faz ao caminhar*”, visto que uma característica marcante do nosso processo local foi buscar uma construção dialética, na qual todos se sentissem co-responsáveis e protagonistas sociais. Embora no passado recente a disseminação dos CLDSS tenha sido desencadeada por técnicos da gestão, ela agora parte do próprio controle social.

Pretende-se com o presente trabalho descrever o processo de formação política de lideranças populares com vista a reativação dos Conselhos Locais de Desenvolvimento Social e Saúde no município de Sobral/CE.

Apresentação da Experiência

Metodologicamente busca-se descrever a experiência de fortalecimento do controle social a partir de uma narrativa cronológica dos acontecimentos. Segundo Soriano (2004), quando os pesquisadores comprometidos com as causas populares procuram desenvolver métodos para inserir de forma direta as ciências sociais na solução dos problemas, denomina-se de método de pesquisa militante ou pesquisação. As etapas que agregam questões substantivas para esse relato estão descritas abaixo.

Os atores sociais que se inseriram nesse projeto foram os mais diversos possíveis, desde lideranças comunitárias, trabalhadores da saúde e da educação, gestores municipais, estudantes, entre outros.

O processo de criação, reativação e fortalecimento do controle social pretendia atingir os 27

Centros de Saúde da Família da zona urbana e rural de Sobral; *a priori*, foi adotado como critério para a formação do conselho local a territorialização dos Centros de Saúde.

Desbravando o território

O Conselho Municipal de Saúde de Sobral - CMSS, ao iniciar a sua gestão, em 2006, tinha uma constatação empírica de um cenário bastante heterogêneo com relação aos Conselhos Locais de Saúde. Buscando compreender as diversas transformações ocorridas entre 2000 a 2006, reuniu os conselheiros representantes dos CLDSS das seis macro-regiões administrativas de Sobral para realizarem a “Análise Situacional dos Conselhos Locais de Saúde de Sobral” junto aos movimentos populares e/ou a equipe de saúde. Ao final desta pesquisa de campo, constatou-se que havia 5 conselhos funcionando, 17 desativados e 7 Comunidades que nunca tiveram CLDSS.

A Análise Situacional apontou que a iniciativa de implantação dos Conselhos Locais deu-se a partir de 2000, com o incentivo de profissionais das equipes de saúde, residentes da residência multiprofissional em Saúde da Família e do Conselho Municipal de Saúde, com a participação de alguns movimentos sociais. No entanto, não havia um processo de formação para esses atores sociais e nem organização institucional de suporte técnico e pedagógico às ações locais.

Acrescido a isso, não houve um empoderamento da comunidade nos processos de organização dos CLDSS: assistiu-se à desarticulação de vários conselhos após a saída de alguns profissionais dos Centros de Saúde ou a conclusão da residência multiprofissional em saúde da família.

Em relação à comunidade e aos profissionais de saúde, houve alguns entraves que dificultaram a participação, por exemplo o horário para reunião do CLDSS: a equipe preferia reuniões no horário comercial, e os representantes da comunidade queriam sua ocorrência no período noturno; este conflito de interesses fragilizou as reuniões pela ausência de alguns desses membros. Observou-se em algumas localidades a transferência de responsabilidade: a equipe afirmava que a comunidade era passiva, enquanto que as lideranças locais interpretavam

a ausência de profissionais de saúde nas reuniões como baixo compromisso.

Outro ponto importante dizia respeito à intervenção de alguns vereadores na dinâmica de funcionamento dos CLDSS, pois viam esses espaços como uma ameaça política aos seus interesses eleitoreiros.

Além dos elementos acima indicados, há outros fatores que dificultam a participação popular; entre eles, pode-se citar a cultura instituída pela democracia representativa, que delega para outros o direito pelas decisões (Sales, 2005); a crise de credibilidade gerada pelo não atendimento de reivindicações anteriores no próprio setor da saúde, e também a falta de resolutividade de algumas secretarias que “engavetavam” os ofícios (solicitações) ou não concedem audiência aos líderes da comunidade.

Identificou-se também no âmbito municipal a ausência de uma política voltada para a educação popular em saúde, de programas de capacitação de conselheiros, de políticas sistemáticas de acompanhamento e avaliação dos processos locais para que as ações não fossem pontuais.

Diante deste complexo cenário e com vários pontos de atuação, era necessária a elaboração de um projeto que contemplasse o resgate da auto-estima das lideranças comunitárias envolvidas no setor saúde, bem como da sensibilização da comunidade sobre seu papel histórico e político através do empoderamento da vida social.

Mapeando as trilhas do controle social

Ao delinear os caminhos do processo de reativação dos Conselhos Locais de Desenvolvimento Social e Saúde a primeira ação foi a solicitação de um profissional com habilidades em trabalhos comunitários e experiência em controle social na saúde, para ser articulador dos CLDSS. Este profissional engajou-se na equipe em maio de 2006. Em seguida foi elaborado (em novembro do mesmo ano) o projeto de fortalecimento do controle social a partir do protagonismo cidadão, com vistas à formação de mobilizadores locais, que foi discutido em plenária do Conselho Municipal de Saúde e encaminhado ao Ministério da Saúde. Este aprovou o projeto, que foi contemplado com convênio (em julho de 2007) no valor de R\$ 50.000,00 (cinquenta mil reais). Enquanto

os recursos do Ministério da Saúde não chegavam, como os problemas locais necessitavam de intervenção imediata, deu-se início aos encontros na comunidade com recursos do próprio município.

Formação de Mobilizadores Locais para o fortalecimento do controle social.

Optamos por trabalhar com atores sociais da própria comunidade, voluntários com perfil para mobilização popular e que não fossem pré-candidatos nas eleições municipais de 2008. Assim, os CLDSS seriam organizados com a iniciativa popular e não sendo desencadeados por profissionais de saúde. Para a execução da estratégia de ação do projeto foram considerados necessários dois representantes de cada localidade, totalizando 48 mobilizadores. Eles foram escolhidos em processo democrático e legitimo de indicação popular, em reunião convocada com ampla divulgação.

Os critérios para a seleção de um mobilizador local foram: residir na comunidade; ter experiência em mobilização, trabalhos com comunidade, organizações da comunidade, conselhos; ter experiência de participação em ações do controle social (conferências, conselhos, plenárias); ter habilidades de negociação de conflitos; ter capacidade de articular-se com outros sujeitos envolvidos no controle social; ser um ator social conhecedor da realidade e voltado para a sua transformação; ter capacidade de dialogar e desenvolver um agir comunicativo com a população, respeitando as diversidades culturais; não ser pré-candidato às eleições municipais de 2008.

Estes atores deveriam contribuir para a identificação dos problemas, situações limites, necessidades que interferissem na mobilização social, na dinâmica do processo de trabalho da saúde, na implantação dos Conselhos Locais de Desenvolvimento Social e Saúde, apoiando o fortalecimento da participação popular em suas comunidades. Deveriam atuar como sujeitos políticos, o que significa problematizar-se enquanto ser que está no mundo, atuando como cartógrafos - no sentido de mapear forças aliadas e contrárias - e como educadores - no sentido de problematizar e questionar a realidade e sentir-se parte dela.

O processo de formação visou à geração de aprendizagem significativa, incentivando a co-gestão de

coletivos, qualificando a ação e proporcionando o empoderamento e protagonismo desses atores sociais que na interação com os demais sujeitos sociais possibilitara transformações nos saberes e nas práticas no âmbito da atenção, educação, gestão ou do próprio Controle Social.

O percurso metodológico requereu a interação de diversos saberes, e uma variedade de dinâmicas e práticas pedagógicas, lúdicas, vivenciais e interativas, para propiciar a inclusão dos diversos sujeitos do processo de aprendizagem, buscando torná-los protagonistas na construção de novos saberes e práticas. Sendo assim, o processo pedagógico teve como um pressuposto a inclusão de todos os sujeitos envolvidos, desde aqueles que não tiveram oportunidade de se alfabetizar até os mais letrados, bem como pessoas portadoras de deficiências.

Ancorados na pedagogia de Paulo Freire (1996), utilizaram-se metodologias predominantemente problematizadoras, em trabalho de oficinas, por compreender-se que é um método capaz de possibilitar a aprendizagem significativa. O método de oficina, segundo Corcione (2004), proporciona associação de idéias, de peças, trabalho, conserto, reparo, criatividade, transformação, processo de montagem, etc., pois constitui um espaço privilegiado de criação e descobertas.

Costuma-se dizer que “se aprende fazendo”, é por isso que, numa oficina, são trabalhadas distintas dimensões do ser humano: o sentir, o pensar, o agir. Intuição e razão, gesto e palavra intervêm e encontram uma nova síntese. Uma oficina coloca o desafio de um modo de trabalhar que se opõe ao tradicional.

O componente “prazer”, sempre presente no trabalho de oficina, favorece um clima de autoconfiança que faz superar o eventual medo de exercer a liberdade. A criatividade é uma característica constitutiva da oficina. Ela implica na capacidade de “inventar o novo”, tanto no que diz respeito ao modo de trabalhar, como ao produto construído. Por isso é comum, numa oficina, a introdução da dança, da poesia, da pintura, da modelagem, de brincadeiras e dinâmicas de grupo.

Os eixos temáticos e conteúdos para formação de mobilizadores locais foram norteados pela especificidade local, tomando como base as diretrizes na-

cionais para capacitação de Conselheiros de Saúde e a política nacional de educação permanente para o controle social no Sistema Único de Saúde - SUS, que fora elaborado pelo Conselho Nacional de Saúde e o Ministério da Saúde.

Assim, os tópicos abordados no conteúdo da formação foram: contexto histórico-conjuntural: análise histórico-conjuntural do Brasil, Ceará e de Sobral; estado, sociedade civil, democracia e participação; políticas públicas de saúde e reforma sanitária; Sistema Único de Saúde e políticas atuais e sistema de saúde municipal. processo saúde-doença, integralidade e intersetorialidade: conceitos de saúde e a integralidade; processo saúde-doença-cuidado; desenvolvimento e políticas públicas; humanização; educação ambiental e desenvolvimento sustentável. estrutura e gestão do sistema de saúde: legislação do SUS; planejamento e gestão; orçamento e financiamento; acompanhamento e avaliação do plano de saúde e relatório de gestão; participação e controle social. organização, participação popular e gestão participativa: formas e mecanismos de participação popular e controle social; educação permanente em saúde e o controle social; conselhos locais de desenvolvimento social e saúde - CLDSS. metodologia, processos educativos e desenvolvimento de habilidades: concepções metodológicas; educação popular e formação de conselheiros e agentes sociais; metodologia de análise da realidade; metodologia de construção coletiva; trabalho em equipe; negociação e mediação de conflitos.

O curso foi desenvolvido em 10 (dez) oficinas temáticas de 04 horas, durante o mês de abril. O processo formativo foi dialógico, flexível e reconstruído após cada oficina, visto que elas aconteciam semanalmente, a equipe de coordenação optava sempre em avaliar o processo anterior e construir a oficina seguinte, contemplando as necessidades apontadas pelo grupo.

Elaboramos um caderno: "O guia de Formação de Conselheiro de Saúde", abrangendo os conteúdos da capacitação. Contudo o método de oficina é pluridimensional, criativo e coletivo, alguns textos complementares tiveram que ser produzidos e entregues aos mobilizadores, para contemplar a necessidade pontuada pelo grupo trabalhado.

Tínhamos dado um grande passo, contudo ainda havia o desafio de sensibilização dos demais atores do território sobre gestão participativa. Pensando nisso, realizamos nos dias 28 e 29 de maio de 2008, o Seminário de Educação Popular em Gestão participativa, com a participação de Gerentes de Unidades de Saúde, diretoras e/ou coordenadoras pedagógicas de escolas públicas municipais junto com um representante estudantil e representantes de associações de moradores.

Os objetivos do seminário foram: fortalecer o debate sobre educação popular em saúde como espaço de cidadania; sensibilizar os atores da gestão (técnicos das secretarias, diretores de escolas, gerentes de unidades de saúde) sobre participação popular na construção de políticas públicas; apresentar a metodologia dos Conselhos Locais de Desenvolvimento Social e Saúde, enquanto espaço de construção de políticas públicas no âmbito da promoção da saúde e da intersetorialidade; propiciar o "despertar" pela participação dos representantes governamentais, com metodologias que trabalhassem a emoção e a sensibilização.

Com intuito de fortalecer as ações de gestão participativa no município, foi criada a Coordenação de Mobilização e Participação Popular pela Secretaria da Saúde e Ação Social, que juntamente com o CMSS e a Escola de Formação em Saúde da Família Visconde de Sabóia- EFSFVS desenvolveram ações de educação permanente com os mobilizadores locais, através de encontros mensais, com dotação orçamentária para deslocamentos, até o final do ano de 2008, para troca de experiências e apoio matricial das ações locais.

Resultados e Discussão

Ao analisarmos o processo histórico de reativação, compreendemos que os resultados são frutos de algumas conquistas. Sua avaliação não se resume a números, mas comprehende todo um valor simbólico dos atores e das relações sociais envolvidos na dinâmica social da comunidade. Apresentaremos os resultados de forma cronológica, alguns já foram contextualizados no decorrer do relato da experiência.

A contratação de um articulador social para os Conselhos Locais de Desenvolvimento Social e Saúde que, junto aos conselheiros municipais de saúde, iniciaram as articulações comunitárias, possibilitando apoio logístico e técnico as demandas oriundas dos CLDSS. O que proporcionou um maior diálogo entre os conselheiros municipais com a equipe de saúde e membros da comunidade.

Os seminários proporcionaram resultados relevantes, como o domínio metodológico de planejamento participativo da comunidade com definições de metas e responsabilidades, o que contribuiu para o resgate da auto-estima da participação popular; maior divulgação das ações do Conselho Local através de meios de comunicação local (rádios comunitárias). Uma estratégia adotada foi a realização de reuniões à noite em praça pública, e conversas de sensibilização e engajamento com demais setores que compõem o conselho.

Aproximou-se dos poderes Executivos e legislativos, com intuito de divulgar os CLDSS como espaço político organizado da comunidade. Primeiro, convidando os secretários da prefeitura a participar das reuniões na comunidade, na tentativa de romper com lógicas das reuniões fechadas em gabinetes, e no Legislativo através de uma sessão especial da câmara de vereadores para esclarecer os sobre o papel dos CLDSS's.

Outro aspecto relevante foi apropriação metodológica no gerenciamento das demandas pautadas durante os seminários que só alcançariam êxito pela construção de parcerias e definições de metas, dentro do plano de atuação do conselho local.

Após o primeiro ano de execução do Projeto, questionou-se aos mobilizadores as conquistas que obtiveram através dos CLDSS, entre algumas respostas destacam-se:

- a construção de uma “passagem molhada” para ligar um bairro a uma localidade vizinha, onde, no período de chuvas, a população fica “ilhada”, sem acesso aos serviços de saúde e de educação;
- realização do I Show de talento Viva a natureza! “Vila união talentando sem Dengue”, que visa à descoberta de talentos no bairro, como também traz uma contribuição social de preservação ambiental e o combate a dengue;

- realização do I Baile da Saudade: Ai que saudade me dá!, voltado aos idosos, com momentos lúdicos e de interação;
- implantação do Caixa Aqui, uma parceria entre o CLDSS da zona rural e a Caixa Econômica Federal, pois, devido à distância, era necessário muito tempo e dinheiro para a população efetuar suas operações bancárias,
- expansão da rede de abastecimento de água da Sede do distrito do São Francisco até as localidades de São Joaquim e Santa Ana, localidades situadas em regiões de serra, onde as condições geográficas e as características do solo acarretam problemas de abastecimento;
- Realização do I Arraiá Luar do Sertão, com grupos de Idosos;
- implantação de um telefone público;
- criação do Posto Policial setor modelo na zona rural;
- capacitação de mulheres na comunidade em corte e costura para complementação da renda familiar em parceria com Serviço Nacional de Aprendizagem Comercial(SENAC);
- comemoração do Dia de Cidadania da Comunidade, com ações sociais, voluntárias e gratuitas de corte de cabelo, verificação de pressão arterial e glicemia, retirada de carteira de identidade e de trabalho, ações educativas com teatro, como também campanha de doação de sangue para o hemocentro.

A Secretaria da Saúde e Ação Social de Sobral, em março de 2008 criou a Coordenação de Mobilização e Participação Popular e viabilizou, com o apoio da Escola de Formação em Saúde da Família Visconde de Sabóia, a manutenção das oficinas com os mobilizadores locais através de encontros mensais (todas as primeiras terças-feiras do mês) para educação permanente, estudos, debates, trocas de experiência, apoio técnico para as ações locais, entre outros, garantindo a logística de deslocamento.

No tocante a reestruturação de CLDSS obteve os seguintes cenários: formação de 4 novos CLDSS (Bilheira, Estação, Caioca e Rafael Arruda), reativação de 19) com a participação da comunidade, profissionais de saúde e educação (Jordão, Pedrinhas, Aprazível, CAIC, Dom José, Expectativa, Junco,

Rafael Arruda, Tamarindo, Pe. Palhano, Sumaré, Caracará, Patriarca, Vila União, São Francisco, Salgado e Varjota dos Machados, Aracatiaçu, Dom Expedito e Sinhá Sabóia).

Conclusão: Chegada ou Partida?

Dentro do tema Cidadania e Saúde, a questão da participação popular não pode ser negligenciada. Daí seu destaque dentro deste projeto de fortalecimento do controle social, por se reafirmar em defesa do direito garantido no texto constitucional, compondo uma das principais diretrizes do atual sistema de saúde.

Por outro lado, para que a relação dialética conscientização/participação se desenvolva, é estratégico, no caso do setor saúde, o espaço micro da prática participativa representado por relações cotidianas como as que se estabelecem nas Unidades de Serviço, através dos Conselhos Locais de Desenvolvimento Social e Saúde - CLDSS.

Esses espaços cotidianos dos usuários como co-gestores do sistema local de saúde, representam um espaço de luta, de exercício de poder, poder que aqui é entendido não como um objeto natural, uma coisa, mas como prática social.

Assim a natureza do nosso projeto local foi voltada a potencializar a participação do cidadão(ã) nos micro-espacos de poder, visando a construção gradual de uma consciência sanitária, através de experiências vivenciadas na realidade cotidiana, pois falar em construção da cidadania e em participação popular como exercício de direitos no campo da saúde, pede uma ação construtiva e reflexiva com as múltiplas realidades locais.

São inegáveis os avanços alcançados no processo de criação, reativação e fortalecimento da participação comunitária ao longo desses anos em Sobral, mas não podemos ser ufanistas e nem utópicos.

Atualmente, estamos vivendo uma crise representada por uma fragilidade dos movimentos sociais, gerada por fatores políticos e históricos de modelo de gestão governamental, que interferem em toda rede social. Isto pode ser analisado sob duas vertentes, uma conjuntural e a outra cultural. Conjuntural porque estamos numa sociedade impregnada pela ideologia capitalista, baseada na

lógica do individualismo, do consumismo, do imediatismo e da competição. E Cultural porque a nossa democracia é predominantemente representativa, onde delegamos poderes a um pequeno grupo, e não exercemos a participação, sobre carregando-os, aceitando as decisões tomadas verticalmente (Ponte, 2007).

Quando se traz à cena a formação de lideranças comunitárias para o exercício da democracia participativa, tem-se como objetivo, a longo e médio prazo, uma transformação política no sentido de fortalecer os movimentos para que consigam encontrar formas orgânicas de articulação e fortalecimento, independente da estrutura de governo, para que possam construir um modelo de sociedade mais justo, pautado pelas necessidades sociais, e não as de governo.

Por todos esses aspectos, considera-se que a experiência de fortalecimento popular para efetivação da democracia participativa é uma iniciativa inovadora a nível local, porém se tem ciência de que qualquer tomada de consciência é um processo lento e pluridimensional, que está intrinsecamente vinculado às especificidades dos movimentos e história local.

O binômio estado e sociedade civil são indissociáveis e, para que essa relação dialética seja fortalecida, faz-se necessário o fortalecimento das organizações comunitárias. No entanto, há uma consciência crítica de que o rumo dessa história depende deles, pois podem emanar da comunidade outras formas de organização popular mais adequada a sua realidade cultural e representativa de suas necessidades e anseios.

Cabe frisar que a sustentabilidade das instâncias formais de controle social depende do fortalecimento da participação popular nos micro espaços.

Referências

- BERLINGUER, G. *Medicina e política*. São Paulo: Hucitec, 1978.
- LABRA, M. E. Conselhos de Saúde: dilemas, avanços e desafios. In: LIMA, N. T. et al. (Org.). *Saúde e democracia: história e perspectiva do SUS*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005.

- AKERMAN, M. *Saúde e desenvolvimento local: princípios, conceitos e práticas e cooperação técnica*. São Paulo: Hucitec, 2005.
- ANDRADE, L. O. M de; JUNIOR, T. M. Saúde da família - construindo um novo modelo. Programa Saúde da Família em Sobral. *SANARE - Revista de Políticas Públicas*, Sobral, CE, v. 1, n. 1, p. 8-11, 1999.
- BRASIL. Constituição (1988). *Constituição da República Federativa do Brasil*. Brasília, DF, Senado, 1988.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. *Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa no SUS*: Participa SUS. 2. ed. Brasília, DF, 2008. p. 44.
- BUSS; P. M; PELLEGRINI FILHO, A. A saúde e seus determinantes sociais. *Physis - Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 17, p.77-93, 2007.
- CORCIONE, D. *Fazendo oficina*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/versus_brasil_vivencias_estagios.pdf. Acessado em: 11 nov. 2007.
- FREIRE, P. *Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa*. São Paulo: Paz e Terra, 1996.
- SALES, I. C. *Os desafios da gestão democrática* (em um diálogo com Gramsci). Recife: UFPE, 2005.
- SORIANO, R. R. *Manual de pesquisa social*. Petrópolis: Vozes, 2004.
- PONTE, H. M. S da. *História do movimento estudantil de enfermagem da Universidade Estadual Vale do Acaraú - UVA*: em foco a oralidade dos atores sociais. 2007 Monografia de conclusão de curso (Graduação em Enfermagem) - Universidade Estadual Vale do Acaraú, Sobral.

Recebido em: 29/05/2011

Aprovado em: 24/10/2011