

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
FACULDADE DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS**

Ana Paula Chaves de Miranda

**A PARTICIPAÇÃO SOCIAL, O CONTROLE SOCIAL E A HUMANIZAÇÃO DO
ATENDIMENTO À SAÚDE NO HOSPITAL SOFIA FELDMAN**

Belo Horizonte

2014

Ana Paula Chaves de Miranda

**A PARTICIPAÇÃO SOCIAL, O CONTROLE SOCIAL E A HUMANIZAÇÃO DO
ATENDIMENTO À SAÚDE NO HOSPITAL SOFIA FELDMAN**

Trabalho de Conclusão do Curso apresentado ao Curso de
Especialização em Democracia Participativa, República e
Movimentos Sociais da Faculdade de Filosofia e Ciências
Humanas da Universidade Federal de Minas Gerais.
Orientadora: Aurea Motta

Belo Horizonte

2014

M672 Miranda, Ana Paula Chaves de

A participação social, o controle social e a humanização do atendimento à saúde no Hospital Sofia Feldman/ Ana Paula Chaves de Miranda – Belo Horizonte : [s.n.], 2014.
43f.

Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Democracia Participativa, República e Movimentos Sociais) – Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte.

Orientadora: Aurea Motta
Bibliografia: f 40-43

1. Participação cidadã. 2. Sistema Único de Saúde. 3. Humanização da Assistência. I. Motta, Aurea. II. Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas. III. Título

NLM: WA 525.DB8



Universidade Federal de Minas Gerais
Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas – FAFICH
Departamento de Ciência Política
Centro de Referência em Ciências Humanas - Sala 305 - Anexo
Av. Antônio Carlos 6627 Pampulha - Campus Pampulha.
Belo Horizonte/MG - CEP 31270-901
E-mail: adm_edist@fafich.ufmg.br TEL: (031) - 3409-5004

ATA DE APRESENTAÇÃO DE MONOGRAFIA DO CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM DEMOCRACIA PARTICIPATIVA, REPÚBLICA E MOVIMENTOS SOCIAIS

Aos 6 (seis) dias do mês de novembro de 2014 (dois mil e quatorze), na Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), reuniu-se a Comissão Avaliadora da monografia intitulada "**A PARTICIPAÇÃO SOCIAL, O CONTROLE SOCIAL E A HUMANIZAÇÃO DO ATENDIMENTO À SAÚDE NO HOSPITAL SOFIA FELDMAN**" elaborada por **Ana Paula Chaves de Miranda**.

A Comissão, composta pelos professores Teresa Cristina de Souza Cardoso Vale e Ísis Arantes Maciel de Souza, após apresentação da monografia, deliberou pela sua **aprovação**, o que confere ao aluno o título de Especialista em Democracia Participativa, República e Movimentos Sociais. Para constar, foi lavrada a presente ata, assinada pelos membros presentes.

Belo Horizonte, 6 de novembro de 2014.

Teresa Cristina de Souza Cardoso Vale (UFVJM)

Ísis Arantes Maciel de Souza (UEMG)

Dedico este trabalho a todos os familiares e amigos, que sempre me incentivaram, me deram força nesta caminhada e sempre acreditaram no meu potencial.

Em especial a minha mãe Maria Ferreira Chaves, que é meu alicerce, meu apoio nos momentos de angústias.

A minha filha Ana Clara Souza de Miranda, pela compreensão pelos dias que a deixei para me dedicar a este trabalho.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente agradeço a Deus, por ter me permitido dar mais este passo, me dando força e coragem para enfrentar os desafios que a vida propõe, sempre me iluminando e me direcionando a seguir o melhor caminho.

E a minha parceira e orientadora Aurea Mota que foi fundamental para realização deste trabalho.

Só a participação cidadã é capaz de mudar o país.

(Betinho)

RESUMO

Trata-se de uma pesquisa bibliográfica desenvolvida a partir principalmente de livros e artigos científicos, construída através de fundamentos teóricos e metodológicos possibilitando uma compreensão e apreensão do objeto a que se propõe a estudar. Apresenta o contexto histórico da política de saúde configurado através dos movimentos sociais desde o século XVIII até os dias de hoje, onde processo de lutas assegurou a participação social fosse inserida na Constituição Federal de 1988 e na legislação do Sistema Único de Saúde (SUS) através do controle social na garantia do direito a saúde, por meio do exercício de cidadania e na participação nos conselhos e conferência de saúde. Esta participação parte da necessidade de reforçar a efetividade do SUS, responsabilizando os usuários do sistema na defesa, deliberação e formulação das políticas de saúde. Este trabalho objetiva identificar se a participação social dentro do Hospital Sofia Feldman contribui de fato para efetivação do controle social e para a instituição ter se tornado referência no atendimento humanizado, partindo do entendimento que os agentes envolvidos participam no processo decisório, compartilhando dos méritos e responsabilidades sobre as ações produzidas.

Descritores: Participação Cidadã. Controles Formais da Sociedade Sistema Único de Saúde. Humanização da Assistência.

ABSTRACT

It is a bibliographic research developed mainly from books and scientific papers, built through theoretical and methodological foundations enabling understanding and apprehension of the object what it proposes to study. The research outlines the historical context of health policy configured through social movements since the eighteenth century to the present day, where fights process ensured social participation were included in the 1988 Federal Constitution and in the laws of the Unified Health System (SUS) through social control in ensuring the right to health, through the exercise of citizenship and participation in councils and health conference. This participation is due to the need to strengthen the effectiveness of the NHS, blaming system users in the defense, deliberation and formulation of health policies. The aim of this study is to identify whether social participation within the Sofia Feldman Hospital actually, in fact, contributes to effective social control and the institution has become a reference in humanized service, starting from the understanding that those involved participate in decision making, sharing of merits and responsibilities on the actions produced.

Keywords: Citizen Participation. Social Control, Formal. Unified Health System. Humanization of Assistance.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACAU/HSF	Associação de Amigos e Usuários do Hospital Sofia Feldman
AIH	Autorização de Internação Hospitalar
AIS	Ações Integradas de Saúde
CAPS	Caixas de Aposentadoria e Pensões
CLS/HSF	Conselho Local de Saúde do Hospital Sofia Feldman
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CONASP	Conselho Consultivo de Administração da Saúde Previdenciária
DMPs	Departamentos de Medicina Preventiva
FAIS	Fundação de Assistência Integral à Saúde
FAIS/HSF	Fundação de Assistência Integral à Saúde do Hospital Sofia Feldman
FGV	Fundação Getúlio Vargas
HSF	Hospital Sofia Feldman
IAPs	Institutos de Aposentadoria e Pensões
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social
INPS	Instituto Nacional da Previdência Social
MRSB	Movimento da Reforma Sanitária Brasileira
MS	Ministério da Saúde
NOAS	Norma Operacional da Assistência à Saúde
NOBS	Normas Operacionais Básicas da Saúde
ONGs	Organizações não Governamentais
PDR	Plano Diretor de Regionalização
PNH	Política Nacional de Humanização
PNHAH	Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar
PPA	Plano de Pronta Ação
SAS	Secretaria de Assistência à Saúde
SMSBH	Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte
SNS	Sistema Nacional de Saúde
SSVP	Sociedade São Vicente de Paula
SUDS	Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde
SUS	Sistema Único de saúde

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	10
1.1	Breve Histórico da Política de Saúde no Brasil.....	13
1.2	Marcos Legais e Consolidação do Sistema Único de Saúde.....	17
2	PARTICIPAÇÃO E CONTROLE SOCIAL NA SAÚDE.....	22
2.1	Mecanismos de Participação Popular nas Políticas Públicas.....	22
2.2	Participação Social em Saúde e seus Desafios.....	25
3	DO ENVOLVIMENTO COMUNITÁRIO À INSTITUCIONALIZAÇÃO DA PARTICIPAÇÃO: O CASO HOSPITAL SOFIA FELDMAN.....	28
3.1	Histórico e Instâncias Participativas.....	28
3.1.1	A Associação Comunitária de Amigos e Usuários do Hospital Sofia Feldman (ACAU/HSF).....	29
3.1.2	Conselho de Saúde do HSF.....	30
3.1.3	Colegiado Gestor.....	32
3.2	Humanização na Área de Saúde e o Hospital Sofia Feldman Como Caso Paradigmático Deste Processo.....	32
4	CONCLUSÃO.....	38
	REFERÊNCIAS.....	40

1 INTRODUÇÃO

Observamos na área da saúde um lugar de destaque nos processos de mobilização social que ganharam força a partir da década de 1970 no Brasil. Na luta pela democratização do país, o movimento sanitarista brasileiro, através da organização da sociedade civil na área da saúde, teve papel fundamental na construção do projeto de saúde pública que resultou na implantação de um sistema de saúde participativo e universal, cujo objetivo é a garantia a toda população de uma saúde de qualidade em todos os níveis.

Para Cecim (2007), os movimentos sociais que se aglutinaram sob o signo dos sanitaristas buscavam uma mudança na concepção desfragmentada que existia entre os modelos de saúde pública e de assistência às doenças. A partir da constituição cidadã de 1988 tais modelos poderiam ser superados por meio do norteamento das políticas pelo princípio da integralidade na atenção à saúde e da possibilidade de participação da sociedade na tomada de decisões sobre esse tema.

Os movimentos sociais que lutavam pela democracia no Brasil, procuravam garantir o direito de intervir nas políticas públicas através da criação de uma nova proposta de que o controle social deveria ser. Essa proposta partia da ideia de que a participação da sociedade nos processos de tomada de decisão pública levaria a um aprimoramento tanto dos ideais democráticos quanto da maneira de produzir políticas públicas mais efetivas. Especificamente no campo da saúde e graças às propostas que emergiram dos movimentos sociais, o controle social a partir deste processo passa a ser institucionalizado como mecanismo de participação nas políticas públicas, na Constituição Federal de 1988 e na legislação do Sistema Único de saúde (SUS).

No contexto da redemocratização, fortalecer o controle social e a gestão participativa enquanto política de um governo democrático popular representava o compromisso de identificar, desencadear e fortalecer dispositivos que promoveriam a participação da população. E é durante os anos 1990 e 2000 que o processo de formação e consolidação de conselhos de políticas públicas em diversos campos ganham força no Brasil. De acordo com Gohn (1990), os conselhos são novos instrumentos de manifestações, representações e participação, podendo contribuir nas transformações políticas. Refere-se a um novo conceito de relações entre Estado e Sociedade porque possibilitam a participação de segmentos sociais na formulação de políticas sociais.

Para que esse ideal de controle social pudesse ser efetivado, a participação dos usuários dos serviços de saúde nos conselhos criados e, também, nos movimentos populares que dão

base para a participação nesses conselhos é imprescindível. Pois por exemplo, Pinheiro e Silva Junior (2009), a participação do usuário pode auxiliar na elaboração de respostas eficazes aos problemas de saúde. A opinião dos usuários sobre assistência prestada permite que se produzam informações e avaliações necessárias para ajudar as instituições a melhorarem o desempenho de suas ações podendo ser utilizadas para transformar as práticas dos gestores, trabalhadores e usuários.

Podemos observar transformações importantes que foram acontecendo no transcorrer de mais de 20 anos desde a criação dos SUS pela lei orgânica 8.080 de 1990. Essas transformações em geral, podem ser entendidas como processo de aprimoramento da concepção de saúde proposta pelo movimento sanitaria que conseguiu fazer suas demandas mais presentes nos jogos políticos institucionais a partir da realização da VIII Conferência de Saúde de 1986. O relatório final da conferência serviu como base para os debates em torno ao tema da saúde desenvolvidos pela assembleia constituinte responsável pela redação da Constituição de 1988.

Assim, desde o final de 1980, podemos ver que política de saúde no Brasil não pode ser entendida sem ação dos movimentos sociais e de diversas organizações da sociedade civil que se fazem presentes nos processos de decisão pública. Existe, inclusive, vasta literatura que trata do tema de participação da sociedade civil, do controle social e efetivação de políticas de saúde, com foco especial nos conselhos (CORTÊS, 2009). Porém, uma transformação importante que ocorreu no ano de 2000, foi a criação do Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH) que está baseada em uma concepção de saúde menos instrumental e mais participativa, não tem recebido a mesma atenção por parte dos estudiosos da saúde pública brasileira (BRASIL, 2000).

Nesta pesquisa, trabalhamos a hipótese de que a formação de uma ideia de humanização do atendimento à saúde que se tornará política central do SUS a partir de 2000 deve ser pensada nesse contexto de ampliação dos canais de participação e de formação de uma nova ideia de controle social. Ou seja, a maneira como a humanização do atendimento sobre tudo à gestante, tem acontecido no Brasil não pode ser pensada de maneira descolada do processo de participação social no campo da saúde. O Hospital Sofia Feldman (HSF) e seu histórico participativo seria uma prova de que quanto mais participativa é a gestão hospitalar, melhor o atendimento humanizado tende a ser. Essa é a hipótese chave da pesquisa.

Ademais, a partir de uma discussão de um estudo de caso, a proposta principal deste trabalho é identificar se a participação da sociedade tem contribuído de fato para efetivação do controle social. Para entendermos melhor como a relação entre participação da sociedade civil,

eficácia das políticas públicas, humanização do atendimento e controle social funciona, esta pesquisa terá como campo o HSF.¹

O HSF é uma instituição filantrópica pertencente à Fundação de Assistência Integral à Saúde (FAIS) que foi criado em 1974. O hospital surge de uma mobilização da sociedade local e de outros segmentos, que iniciaram as obras do hospital em sistema de mutirão e que estão presentes na instituição em diversas formas até os dias de hoje, como a Associação de Amigos e Usuários do Hospital Sofia Feldman (ACAU/HSF) e seus respectivos projetos e o Conselho Local de Saúde do Hospital Sofia Feldman (CLS/HSF). Hoje o HSF é considerado referência no atendimento humanizado em todo país.

Nesse contexto, indagamos nesta pesquisa questões como a seguinte: a maneira como a participação social ocorreu historicamente no HSF foi um fator determinante para que ele se tornasse referência no atendimento humanizado no Brasil? E como essa participação tem contribuído para a efetivação dos ideais de aprofundamento democrático por meio do exercício do controle social quando falamos de atendimento a saúde?

O HSF retrata hoje, o princípio da democracia participativa com espaços legítimos de controle social na busca de uma assistência humanizada. Mas como este processo aconteceu? O que explica a consolidação do hospital enquanto referência neste campo? A hipótese de que o que explica a consolidação do HSF como referência em termos de atendimento humanizado é a maneira como a sociedade tem se inserido historicamente na estrutura do hospital, via associação comunitária, sobretudo, e também pela maneira como o controle social passou a ser exercido dentro do conselho. E é sobre estes temas que esta monografia se debruça.

Este trabalho monográfico se estrutura em quatro capítulos: No primeiro capítulo, Breve Histórico da Política de Saúde no Brasil aborda o movimento de redemocratização do Brasil com destaque na Constituição Brasileira. A participação popular a partir deste processo passa a ser institucionalizado na constituição de 1988 e a consolidação do SUS. Assim, abordaremos também no primeiro capítulo, alguns marcos legais importantes para entender as transformações contemporâneas do sistema de saúde brasileiro. No segundo capítulo, Participação e Controle Social na Saúde apresenta-se o controle social e seus mecanismos de participação popular nas políticas públicas e os desafios de exercê-los na Saúde. No terceiro

¹ A escolha pelo campo da pesquisa originou-se das observações e vivências realizadas do campo de trabalho no qual a pesquisadora está inserida e através de leituras sobre a instituição pesquisada. O contexto histórico do hospital é completamente marcado pela organização de movimentos sociais, sobretudo da região norte de Belo horizonte. É nas demandas que advêm dos grupos sociais organizados que as temáticas trabalhadas ganharam corpo.

capítulo, apresenta o conceito de humanização em saúde e o caso HSF como caso paradigmático do processo. Por fim, apresentamos algumas conclusões nas quais perguntas colocadas nesta introdução serão retomadas.

1.1 Breve Histórico da Política de Saúde no Brasil

Podemos dizer que os processos de intervenção estatal no campo da saúde começaram a se tornar mais sistemáticos com a instalação da primeira república no final do século XIX e o princípio do XX no Brasil. Podemos dizer que até o século XIX no país, não existiam prestações de assistência médica que pudesse ser considerada pública no sentido contemporâneo do termo. Os atendimentos eram realizados por intermédio da igreja gratuitamente em hospitais particulares.

Sabemos que a primeira República era política e economicamente dominada pela oligarquia agrária da região Sudeste, especialmente São Paulo, onde prevalecia a concentração do poder de decisão e de influência sobre a administração federal. Nesse momento, a economia do país estava voltada para a produção e a exportação do café proveniente principalmente do estado de São Paulo. Ao contrário da agricultura voltada para o açúcar e da exploração colonial e imperial dos minérios, o desenvolvimento da cafeicultura favoreceu uma nova espécie de industrialização urbana. Houve aumento acelerado da população engrossada pela chegada dos imigrantes em busca de oportunidades de trabalho e ascensão social. Esta imigração foi influenciada pelo fim da escravidão em 1888, momento em que a mão de obra escrava foi substituída pela assalariada branca de procedência europeia ou mestiça.

De maneira geral, podemos ver o desenvolvimento em saúde e a questão do desenvolvimento urbano tem caminhado conjuntamente. Segundo Bravo e Matos (2004), a assistência à saúde dos trabalhadores, com a industrialização de alguns países europeus, foi sendo assumida pelo Estado aliado ao nascimento da medicina social na Alemanha, França e Inglaterra. No século XIX com toda transformação econômica e política, surgiram algumas mudanças na saúde pública decorrentes dos movimentos operários, crescentes cada vez mais no final do século, trazendo como uma de suas reivindicações a questão da saúde.

Na primeira república brasileira, as epidemias continuavam a provocar a morte da população, reduzindo o número de imigrantes dispostos a vir para o Brasil. Dessa forma, o governo se viu pressionado a adotar medidas para minimizar os problemas epidêmicos. Foram implementados serviços e programas de saúde pública, caracterizado por medidas de higienização das cidades e do controle ou erradicação das doenças, através da vacinação. Como

a revolta da vacina que ocorreu em 1904 no Rio de Janeiro, nos conta, em princípio, que a intervenção do Estado foi feita de maneira ofensiva (chegando a ser violenta) e sem esclarecer a população sobre o que estava em jogo em termos de prevenção as doenças.

Em 1919, devido às sucessivas e crescentes greves ocorridas nesse período, o Estado foi obrigado a regulamentar a questão do acidente de trabalho, responsabilizando o empregador pelos acidentes ocorridos no trabalho. A Reforma Carlos Chagas ocorreu em 1920 na tentativa de estender o atendimento à saúde para toda população, como uma das estratégias do Estado, na ampliação do poder nacional.

A Previdência Social no Brasil surgiu em 1923, ano em que foram criadas as Caixas de Aposentadoria e Pensões (CAPS). Conhecida como Lei Elói Chaves, os operários passaram a ter direito a assistência “médica-curativa”, fornecimento de medicamentos, aposentadoria por tempo de serviço como os casos de velhice ou invalidez, pensão para os dependentes e auxílio funeral. A prestação desse benefício foi organizada pelas empresas por meio de um contrato e dos empregadores, e sua administração se fazia por comissões formadas pelos respectivos contribuidores. Ao Estado cabia apenas a resolução de conflitos. Esse direito a saúde era específico para os trabalhadores formais, ou seja, apenas aqueles que contribuíam poderiam fazer uso do mesmo. Os trabalhadores das empresas ferroviárias e marítimas foram pioneiros neste processo e os demais só tiveram este direito garantido após 1930 (PAULUS JÚNIOR; CORDONI JÚNIOR, 2006).

Na década de 1930, o processo de industrialização modificou as características políticas e econômicas da sociedade brasileira, pois acelerou a urbanização, fazendo com que a massa trabalhadora aumentasse. Nesse mesmo período foi criado o Ministério da Educação e Saúde, que começa a deslocar o foco também para assistência médica individual.

No mesmo ano, Getúlio Vargas suspendeu as CAPS por um período de seis meses e substituiu por Institutos de Aposentadoria e Pensões (IAPs) com o objetivo de ampliar a cobertura da Política de Saúde para as categorias. Foram criados vários IAPs na década de 1960.

No período 1964 até 1974, o Estado utilizou para sua intervenção o binômio repressão-assistência. Sendo a política assistencial ampliada, burocratizada e modernizada pela máquina estatal com a finalidade de aumentar o poder de regulação sobre a sociedade, reprimir as tensões sociais e conseguir a legitimidade para o regime como também servir de mecanismo de acumulação de capital (BRAVO; MATOS, 2004).

O golpe militar de 1964, teve como uma das suas principais características, o alijamento dos trabalhadores e demais segmentos da sociedade civil do cenário político oficial. Condenando-os à condição de resistência à força do Estado. Um projeto que data de 1945, e

que se revelou inviável no período da democracia populista, a unificação da Previdência Social, foi implementado (COHN; ELIAS, 2003).

Em 1966 a Previdência Social e os todos os IAPs unificaram-se e com isto foi implantado um modelo de cobertura previdenciária Instituto Nacional da Previdência Social (INPS) que se estendia a população urbana e em 1972 para aos trabalhadores rurais e as empregadas domésticas que foram beneficiadas pela cobertura de assistência médica no sistema de saúde e 1973 se estendeu aos autônomos. Nessa época, a Previdência Social se firmou como principal órgão de financiamento dos serviços de saúde. Por outra parte, os movimentos sociais na área da saúde se organizaram de maneira sistemática, apesar de clandestina durante a ditadura. O Movimento Sanitarista brasileiro foi um movimento social que se iniciou em meados dos anos 1960, mas que se consolidou ao longo da ditadura (SCOREL, 1998). Alunos e professores dos Departamentos de Medicina Preventiva (DMPs) no interior de algumas universidades de medicina do Brasil se juntaram a associações de base e deram corpo a esse movimento. A bandeira levantada por esse movimento era o da Reforma Sanitária, que articulava prática política (Reforma) com uma técnica específica da área médica em que atuavam (a questão Sanitária). A ideia era trazer para a discussão da saúde camadas populares que até então se encontravam excluídas do Sistema Nacional de Saúde (SNS). No caso de Belo Horizonte, constatamos uma forte presença dos jovens médicos residentes, em meados dos anos 1970, em algumas regiões periféricas da cidade.

Nesse percurso de procurar articular a produção acadêmica do conhecimento com uma prática política específica, o Movimento Sanitarista visava a ocupar espaços para a participação institucionalizada na política, privilegiando o exercício de pensar a construção de políticas públicas que concretizassem os ideais do movimento. Um dos fatores que marcaram este movimento foi justamente a tentativa de construir um movimento que pudesse se tornar base para a formação de políticas públicas no campo de saúde, porém tentando consolidar um novo paradigma para a prática médica e social baseado na participação dos usuários.

Observamos uma leve mudança na política social de 1974 a 1979 que tentou se efetivar mais com a finalidade de regular as reivindicações populares. Neste período, a realidade social era de exclusão da grande parte dos cidadãos ao acesso a saúde, pois havia assistência médica apenas para os que contribuíam para o INPS, prevalecendo a cidadania regulada. Em 1974 foram criados o Plano de Pronta Ação (PPA) e Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social para o enfrentamento das crescentes demandas curativas. Estes recursos foram usados para subsidiar a construção de hospitais privados. O PPA referenciou a universalização do atendimento através de ações que desburocratizaram o atendimento de urgência ao segurado e

possibilitou a assistência ambulatorial para todos em caso de urgência. Em 1975, houve a primeira tentativa de regulamentação do papel dos municípios na política de saúde com a Lei 6.229/75 de 17 de julho de 1975. A lei previa que os municípios teriam que garantir a manutenção dos serviços de saúde, manter a vigilância epidemiológica, articular os planos locais de saúde com os estaduais e federais, integrar seus serviços no sistema nacional de saúde, mas mesmo com a Lei a municipalização não vingou, e a saúde continuava sendo direito apenas aos contribuintes.

Em 1977, o Ministério da Saúde (MS) já admitia que os Municípios tivessem que estruturar a rede de serviços básicos, dentro da atenção primária. Em maio de 1978, foi realizado o primeiro encontro municipal do setor de saúde em Campinas onde foi concluído que atenção primária de saúde seria prioridade dos municípios e os casos mais complexos para União e o Estado.

A política nacional de saúde enfrentou permanente tensão entre a ampliação dos serviços, a disponibilidade de recursos financeiros, os interesses advindos das conexões burocráticas entre os setores estatais e empresarial médico e a emergência do movimento sanitário. As reformas realizadas na estrutura organizacional não conseguiram reverter à ênfase da política, caracterizada pela predominância da participação da Previdência Social, através de ações curativas, comandadas pelo setor privado. O Ministério de Saúde, entretanto, retomou as medidas de saúde pública, que, embora de forma limitada, aumentaram as contradições do Sistema Nacional de Saúde (BRAVO; MATOS, 2004, p. 94).

Com o esgotamento da ditadura militar no Brasil, podemos dizer que a década 1980 foi marcada pelo processo de consolidação de algumas demandas do Movimento da Reforma Sanitária Brasileira (MRSB). Segundo Arouca (1998), do ponto de vista de administração da política de saúde, a proposta mais importante era transferir o Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (INAMPS) para o MS.

Em 1982, surge o Plano elaborado pelo Conselho Consultivo de Administração da Saúde Previdenciária (CONASP), visando garantir uma maior e melhor utilização da rede pública de serviços de saúde. Vários convênios foram firmados através do Ministério da Previdência Social e Saúde e Secretarias de Estado, onde foram substituídas pelas Ações Integradas de Saúde (AIS), objetivando a saúde universal

Em 1986 a 8ª Conferência Nacional de Saúde teve a participação de profissionais do setor de saúde, de gestores e da sociedade civil, propondo melhorias nas condições de vida e saúde da sociedade. As propostas fundamentais para realização da 8ª Conferência Nacional de Saúde foram à universalização do acesso Saúde, ou seja, independente de ter contribuinte, ser trabalhador rural ou não trabalhador, saúde como direito social e dever do Estado, reestruturação do sistema através da estratégia do SUS, descentralização do processo decisório,

financiamento efetivo, democratização do poder local, através de mecanismos de gestão democrática como os conselhos.

Em 1987 o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS) inicia a operacionalização das propostas da Reforma Sanitária. A participação popular teve sua presença marcada na 8ª Conferência. Introduzindo no cenário político da saúde a importância da participação social. Tendo como resultado a garantia através da Constituição Federal de 1988, por meio da emenda popular, que saúde é um direito do cidadão e um dever do Estado. A saúde passou a ser dever constitucional de todas as esferas de governo sendo que antes era apenas da União e relativo ao trabalhador segurado (BRASIL, 1988).

1.2 Marcos Legais e Consolidação do Sistema Único de Saúde

O SUS foi consolidado pela Constituição Federal de 1988, regulamentado pela Lei Federal nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que dispõe sobre a organização e regulação das ações de saúde. O SUS é um sistema único e válido em todo território brasileiro, no qual todo cidadão tem este direito garantido por lei, com isto devem ter acesso aos serviços de saúde sem facilidades ou barreiras, ou seja, cada pessoa deve ser atendida de acordo com suas necessidades, de forma resolutiva, dentro das possibilidades do sistema. Seu conceito é baseado na lei Orgânica de Saúde 8.080/90 em que em seu artigo quarto diz que:

O conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público, constitui o Sistema Único de Saúde – SUS (BRASIL, 1990a, art.4).

O SUS surge como uma proposta de reorganização da saúde tendo maior integração dos dois ministérios (educação e saúde) e secretarias estaduais e municipais de saúde. Foi fruto de lutas e mobilização dos profissionais de saúde, articulados ao movimento popular. Sua preocupação central é assegurar à assistência para sociedade, pautada na concepção de Estado democrático e de direito, responsável pelas políticas sociais e pela saúde.

A base de construção do SUS são os princípios doutrinários, sendo a universalidade, integralidade e equidade. A universalização do acesso às ações e serviços de saúde garante de forma resolutiva dentro dos limites e possibilidades de um sistema, que todo cidadão onde quer que esteja deve ter os seus direitos à saúde. A integralidade é a garantia dos serviços preventivos, curativos e coletivos que visa à assistência de ações de promoção,

proteção e recuperação da saúde dos cidadãos de direito. E equidade todos deve ter direito a igualdade de oportunidade em usar o sistema de saúde. Em consonância com Constituição Federal de 1988:

Art. 196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1988, art. 196).

Tem como os princípios organizacionais a descentralização, a regionalização, a hierarquização, resolutividade e a participação popular. A descentralização é entendida como redistribuição de responsabilidade entre as esferas de governo, na norma operacional básica do SUS. A regionalização e a hierarquização dizem que os serviços de saúde são divididos em níveis de complexidade, o nível primário deve ser oferecido diretamente à população, enquanto os outros devem ser utilizados apenas quando necessário. E o princípio da resolutividade, o serviço de saúde deve estar capacitado para resolver o atendimento com eficácia e eficiência. E com isso, a participação popular efetiva as políticas públicas de saúde e o exercício do controle social, podendo acontecer através dos conselhos e nas conferências de saúde que são instâncias máximas de deliberação.

A Lei Orgânica da Saúde 8.080 de 19 de setembro de 1990 propõe como princípios a preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral, o direito à informação às pessoas assistidas sobre sua saúde, à divulgação de informações sobre os serviços de saúde e sua utilização pelo usuário, a utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades a alocação de recursos e a orientação programática, a integração em nível executivo das ações de saúde meio ambiente e saneamento básico, conjugação dos recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos da União, dos estados, do Distrito Federal e dos municípios, na prestação de serviços de assistência à saúde da população por último a capacidade de resolução dos serviços em todos os níveis de assistência (BRASIL, 1990a).

A Lei Federal nº 8.142 de 28 de dezembro de 1990, dispõe do envolvimento da comunidade dentro das questões da saúde desenvolvendo as conferências e os conselhos de saúde em cada forma de governo como instâncias colegiadas e deliberativas. As conferências de saúde são realizadas de quatro em quatro anos, tendo a participação de vários movimentos sociais, e conselho de saúde em caráter permanente e deliberativo, órgão colegiado composto por representantes do governo, funcionário, profissionais de saúde e usuários atua na

formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde, se renovando de dois em dois anos (BRASIL, 1990b).

A partir de 1991, as Normas Operacionais Básicas da Saúde (NOBS) começaram a ser criadas. A NOB/SUS 1991 criou um mecanismo para uniformizar e controlar as remunerações que seriam transferidas para as entidades prestadoras. Em 1996, depois de um amplo e participativo processo de discussão do poder público com o objetivo de promover e consolidar o pleno exercício, por parte do poder público municipal e federal, possibilitando o fortalecimento da crença na viabilidade e na importância do SUS para a saúde de cada um e de todos os brasileiros, os princípios de descentralização e redistribuição das contribuições se tornaram mais presentes (BRASIL, 1996).

De acordo com Cohn e Elias (2003), a NOB-93 significou o início da descentralização e do repasse financeiro direto (sem intermediação da esfera estadual), a NOB-96 representa a centralidade do modelo de gestão com busca do (re) equilíbrio entre as esferas de governo. No geral, pode ser dizer que as NOBs têm por finalidade promover e fortalecer um amplo exercício do poder público municipal e Federal e resultando na redefinição das responsabilidades dos Estados, Distrito Federal e da União, avançando na consolidação dos princípios do SUS e efetiva participação e controle social.

A atenção à saúde inclui ações do SUS, em todas as esferas de governo, para o atendimento das demandas pessoais, sendo a assistência dirigida aos usuários, individual ou coletivamente no âmbito ambulatorial, hospitalar e domiciliar. Também inclui as intervenções ambientais no seu sentido mais amplo, incluindo as relações e as condições sanitárias nos ambientes de vida e de trabalho, o controle de vetores e hospedeiros e a operação de sistemas de saneamento e o das políticas externas ao setor saúde, que interferem nos determinantes sociais do processo saúde-doença das coletividades.

Diante das diversas dificuldades enfrentadas no campo da saúde e a assistência mínima oferecidas pelos hospitais, em 1999 a Secretaria de Assistência a Saúde, criou o PNHAH. O programa foi elaborado em parceria com os profissionais da saúde mental com uma proposta direcionada a humanização dos serviços hospitalares públicos de saúde (NOGUEIRA-MARTINS, 2003). Um dos objetivos almejados pela PNHAH era a melhoria da relação dos profissionais da saúde e usuários, entre os próprios profissionais de uma instituição e inclusive com os gestores e comunidade.

O PNHAH, foi implementado no ano de 2000, pela Secretaria de Assistência à Saúde (SAS) do MS com os objetivos:

- Melhorar a qualidade e eficácia da atenção dispensada aos usuários da rede hospitalar;
- Recuperar a imagem dos hospitais junto a comunidade;
- Capacitar os profissionais dos hospitais para um conceito de atenção à saúde baseado na valorização da vida humana e da cidadania;
- Conhecer e implementar novas iniciativas de humanização beneficiando tanto os usuários como os profissionais de saúde;
- Estimular a realização de parcerias e trocas de conhecimentos;
- Desenvolver um conjunto de indicadores/parâmetros de resultados e sistemas de incentivos ao tratamento humanizado (BRASIL, 2001, p. 14).

Em 2002, outro marco legal importante acontecerá. O Ministério do Estado da Saúde considerando os princípios do SUS de universalidade do acesso e de integralidade da atenção, e também visando o aperfeiçoamento do SUS aprovou a Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS)/SUS 01/2002. A NOAS/SUS amplia as responsabilidades de municípios na Atenção Básica, assim como estabelece o processo de regionalização como estratégia de hierarquização dos serviços de saúde e de busca de maior equidade, cria mecanismo para fortalecimento da capacidade de gestão do SUS e procede a atualização dos critérios de habilitação de estados e municípios (BRASIL, 2002).

Foi, também, instituído com a NOAS/SUS 01/2002 o Plano Diretor de Regionalização (PDR) que deveria ser elaborado na garantia de acesso aos cidadãos à assistência pré-natal, parto e puerpério, acompanhamento e desenvolvimento infantil, cobertura universal de vacinação para todas as faixas etárias, ações de promoção de saúde e prevenção de doenças. Tratamentos de intercorrências mais comuns na infância, atendimentos de afecções agudas, acompanhamento de pessoas crônicas, tratamento clínico de casos de pequenas urgências ambulatoriais, tratamento de distúrbios mentais e psicossociais, controle de doenças bucais, dispensação de medicamentos (BRASIL, 2002).

De acordo com a atenção de média complexidade, o conjunto de ações e serviços ambulatoriais e hospitalares, visando atender os problemas de saúde do município, tem que disponibilizar profissionais especializados e a utilização de recursos tecnológicos de apoio ao diagnóstico.

A política de atenção de alta complexidade segundo o MS (BRASIL, 2001) cabe a responsabilidade de definições de normas nacionais, controle do cadastro nacional de prestadores de serviços, vistoria de serviços, definição de incorporação dos procedimentos a serem ofertados pelo SUS, definição do elenco de procedimentos de alta complexidade, estabelecimentos de estratégias que possibilitem o acesso mais equânime diminuindo a diferenças regionais na alocação dos serviços, definição de mecanismo de garantia de acesso para as referências interestaduais, através da Central Nacional de Regulação para

Procedimentos de Alta Complexidade, formulação de mecanismos voltados à qualidade dos serviços prestados e o financiamento das ações.

2 PARTICIPAÇÃO E CONTROLE SOCIAL NA SAÚDE

2.1 Mecanismos de Participação Popular nas Políticas Públicas

Desde os anos de 1970, os movimentos sociais que lutavam pela democratização do Brasil, procuravam garantir o direito de intervir nas políticas públicas através da criação de novos mecanismos de controle social ou *accountability social vertical* (da sociedade para o Estado). Da mesma maneira de acordo com Jardim (2011, p. 24), a institucionalização da participação ocasiona uma mudança no comportamento da sociedade Civil, pois a população deixa o ativismo e passa a negociar com as estruturas do Estado através de canais de deliberação pública.

A *accountability* horizontal ocorre através da fiscalização e controle existente entre os poderes ou entre os órgãos. Esse *accountability* refere-se a transparência das ações da gestão pública em relação aos agentes que podem fiscalizá-las e puni-las. Pressupõem que exista órgãos próprios de Estado possuidores de poder e capacidade legal, para realizar ações, tanto de monitoramento de rotina quanto de determinações de sanções criminais ou de impeachment, em relação a ações ou omissões ilegais exercidas por outros órgãos ou agentes do Estado.

A *accountability* vertical ocorre quando os cidadãos controlam os políticos. Está diretamente ligado ao poder do voto ou mediante o exercício do controle social. A *accountability* vertical tem caráter político e pode ser considerado um mecanismo de soberania popular. Podemos entender como *accountability* vertical baseado na teoria de O'Donnell (1998), como as ações realizadas individualmente ou por algum tipo de ação organizada e ou coletiva (movimentos sociais, Organizações não Governamentais (ONGs), associações civis etc.), com referência àqueles que ocupam posições em instituições do Estado, eleitos ou não.

Existem duas formas de *accountability* vertical: a eleitoral e a social. A eleitoral ocorre por meio das eleições e a social é decorrente das ações da sociedade civil. O controle social vertical é uma forma de divisão de poder de decisão entre Estado e Sociedade sobre as políticas, um instrumento e uma expressão da democracia e da cidadania. Refere-se à capacidade que a população tem de intervir nas políticas públicas.

A mídia aparece como um facilitador da ação social, favorecendo o controle social levando as informações de direito a todos os cidadãos, ascendendo e fortalecendo os movimentos sociais no combate a corrupção, exigindo a transparência e a impunidade dos agentes governamentais e burocráticos. Ao fornecer informações, os meios de comunicações atuam dando visibilidade às denúncias e por sua vez funciona como mecanismo de reprodução

das mesmas, obtendo o apoio da população de forma a exercer uma pressão efetiva sobre as autoridades. A mídia possui o poder de dividir a opinião pública, criar tensões gerando insatisfação popular com o governo, contribuindo inclusive, com uma derrota nas eleições seguintes (O'DONNELL,1998).

O Brasil investiu em tecnologia da informação com o apoio do governo federal, disponibilizando informações nos portais públicos, o chamado Portal da Transparência. Este portal tem como objetivo aumentar a transparência da gestão pública, permitindo que o cidadão acompanhe e fiscalize como o dinheiro público está sendo utilizado (BRASIL, 2004).

Com a promulgação da Constituição de 1988, algumas dessas formas que podem ajudar a complementar o controle social horizontal (entre instituições) passa a ser institucionalizado como mecanismo de participação nas políticas públicas e na legislação do SUS².

O termo *accountability* surge nos meados dos anos 1990 a partir da terceira onda de democratização, sendo associado à ideia de controle sobre os governos e representantes reduzindo o distanciamento existente entre eles e a população. Para Peruzzotti (2002), a *accountability* é um meio importante de reforço para as normas democráticas, valorizando a relação entre representantes e representados. A ideia seria que nos governos representativos existisse responsabilidade, capacidade de resolver, decidir e desenvolver ações com transparência perante aos cidadãos.

Prestar contas aos cidadãos é a forma de demonstrar responsabilidade e viabilizar a cobrança de resultados. A prestação de contas permite identificar desvios ou má aplicação dos recursos destinados a elaboração de projetos ou programas destinados a uma sociedade que quando bem aplicados podem fortalecer a relação representantes e representados.

Assim, *Accountability* é uma atribuição da sociedade civil e das instituições democráticas. No caso da *accountability societal*, sua ocorre acompanhando, fiscalizando através dos meios de mecanismos de participação popular, independente dos períodos eleitorais, mas ao longo de todo o mandato dos representantes. Para Campos (1990), quanto mais avançado o estágio democrático, maior o interesse pela *accountability*³.

² A formulação deste mecanismo de participação aconteceu após a promulgação da Constituição Federal de 1988, no artigo 198, item III, quando foi definida a participação da sociedade como diretrizes do Sistema Único de Saúde e tem como objetivo garantir o direito à saúde, por meio do exercício da cidadania e do controle social, cuja regulamentação foi feita pela lei 8.080 e a 8142/90 e nas leis orgânicas posteriores: os conselhos e as conferências.

³ O *accountability* é um instrumento eficiente para aprimorar os serviços públicos e desenvolver a capacidade do Estado em responder as demandas dos cidadãos. Adotar mecanismos de controle social como forma de *accountability* fortalece o espaço público e estimular o engajamento cívico dos grupos organizados da sociedade ampliando a qualidade dos canais de participação da sociedade civil na esfera pública e a consciência republicana (BRESSER-PEREIRA; GRAU, 2006, p. 47).

No campo da saúde, cabe destacar o papel que os conselhos têm desempenhado para a efetivação dessa nova forma de controle social vertical. No Brasil, foi instituído em 1930 o primeiro Conselho Nacional que na época foi o da educação, sendo sete anos depois, criado o Conselho Nacional de Saúde formado por especialistas da área. A participação social nesses conselhos foi inserida após a Constituição Federal de 1988. Assim, diferentemente da criação dos conselhos da primeira metade do século XX no Brasil, os conselhos são resultados da convergência de dois movimentos importantes, o sanitarista e o popular da saúde (AVRITZER, 2008).

Os Conselhos de Saúde são órgãos colegiados, deliberativo e permanente do SUS em cada esfera de Governo, integrante da estrutura básica do Ministério da Saúde, da Secretaria de Saúde dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios⁴. Com funções de formular estratégias, controlar e fiscalizar a execução das políticas públicas, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros. A participação da sociedade organizada, garantida na legislação, torna os conselhos de saúde uma instância privilegiada na proposição, discussão, acompanhamento, deliberação, avaliação e fiscalização da implementação da Política de Saúde.

A legislação estabelece que a composição seja paritária de usuários, em relação ao conjunto dos demais segmentos representados. O conselho de saúde é composto por representantes de usuários, de trabalhadores de saúde, do governo e de prestadores de serviços de saúde. A escolha do Presidente pode variar muito, mas idealmente, ele deve ser eleito entre os membros do conselho, em reunião plenária. Como Faria e Ribeiro (2010), demonstra os arranjos institucionais específicos de cada conselho são variáveis fundamentais para pensarmos na capacidade deliberativa do mesmo.

De acordo com o que propõe a Resolução nº 33/92 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) e consoante às recomendações da 10ª e 11ª Conferências Nacionais de Saúde, as vagas deverão ser distribuídas das seguintes formas: 50% de entidades de usuários, 25% de entidades dos trabalhadores de Saúde, 25% de representação de governo, de prestadores de serviços privados conveniados, ou sem fins lucrativos. A representação de órgãos ou entidades terá como critério a representatividade, a abrangência e a complementaridade do conjunto de forças sociais, no âmbito de atuação do Conselho de Saúde. Porém, é sabido que nem todos os conselhos seguem de maneira devida essas normativas (FARIA, 2007).

⁴ Com composição, organização e competência fixadas na Lei nº 8.142/90 (resolução n.º 333, de 04 de novembro de 2003, do Conselho Nacional de Saúde).

A obrigatoriedade da realização das Conferências de Saúde foi consagrada pela Lei n.º 8.142 de 1990 que as determinou como instâncias colegiadas de representantes dos vários segmentos sociais, com objetivo de avaliar e propor diretrizes para a formulação da política de saúde em todas as esferas. A partir desta mesma lei, ficou estabelecido que as mesmas acontecessem de quatro em quatro anos para a realização das Conferências de Saúde, que deveriam ter a participação dos movimentos sociais organizados, das entidades ligadas à área da Saúde, dos gestores e dos prestadores de serviços de saúde. Assim, como os conselhos, as conferências devem ter representações paritárias de usuários (50%) e outros segmentos como representantes do poder público, profissionais de saúde e prestadores de serviços de saúde.

Os Orçamentos Participativos são mecanismos governamentais de democracia participativa que proporcionam a sociedade civil participar dos orçamentos públicos. Podem acontecer através de assembleias abertas e periódicas e etapas de negociação direta com o governo. A Lei nº 10.257/01 de 10 de julho de 2001, conhecida como Estatuto da Cidade, tem com objetivo regulamentar o orçamento participativo através dos artigos 182 e 183 da Constituição Federal de 1988, os quais tratam da Política urbana. Tal estatuto subsidia o município para garantir o pleno desenvolvimento das funções sociais da cidade e da propriedade urbana.

As diversas conferências instituídas, os conselhos de políticas públicas e os orçamentos participativos constituem com formas de experimentação democráticas importantes no Brasil contemporâneo que se colocam como espaços importantes para o exercício do controle social. São espaços de diálogo e deliberação direta entre representantes da sociedade civil e do governo.

Esses espaços de participação, especialmente na dimensão do poder executivo, já permite falar em novas modalidades de representação política, que ocorrem de forma geral, em órgãos colegiados, em que as organizações da sociedade civil e representantes dos governos partilham o poder de forma que representem interesses e façam a intermediação entre Estado e sociedade nos processos de decisão, implementação e avaliação de políticas públicas (AVRITZER, 2008; LAVALLE; CASTELLO, 2008).

2.2 Participação Social em Saúde e seus Desafios

Assim como em outras políticas públicas, a participação social na saúde enfrenta diversos desafios. Nos espaços de participação a sociedade se articula para garantir os interesses e as necessidades da população na área da Saúde e assegurar as diversas formas de pensar no

SUS, assim como para ampliar, junto à sociedade, as informações sobre o Sistema, para fortalecê-lo, mas para isto acontecer precisa de envolvimento dos cidadãos. De acordo com Sherer-Warren (2012), para um movimento se consolidar é necessário organicidade e continuidade, ou seja, todo movimento social requer organização, pessoas comprometidas e permanentes para que o mesmo seja legítimo e não perca seus objetivos.

A gestão participativa e a apropriação do direito à saúde é um desafio constante, pois a ampliação do controle social sobre o Estado, depende em última instância, da participação da sociedade na definição e no exercício dos direitos de cidadania, também da cultura de participação que se cria tanto nos espaços institucionalizados quanto nas relações interpessoais. Fortalecer o controle social e a gestão participativa, enquanto política de um governo democrático popular representa o compromisso de identificar, desencadear e potenciar os dispositivos que promovam a participação da população.

A participação da sociedade e o controle social é importante para garantir que as políticas atendam, de fato, às necessidades básicas da população, para melhorar os níveis de oferta e de qualidade dos serviços e também para fiscalizar a aplicação dos recursos públicos. A participação ampla da sociedade no controle social fortalece as políticas públicas, tornando-as mais adequadas e eficientes às necessidades do coletivo e ao interesse público. Além disso, o controle social contribui para a democratização da gestão pública, através do envolvimento de diversos atores da sociedade, cada qual com suas necessidades e interesses específicos.

Outra questão importante que deve ser considerada como desafio, é garantir que a representação social seja nos conselhos, conferências, orçamentos participativos entre outras, seja apartidária exercendo o papel de representar uma comunidade, não interesses específicos ligados a partidos políticos, corporações, instituições prestadoras ou movimentos religiosos. É importante que os conselheiros, por exemplo, conheça a dinâmica de sua comunidade, os problemas e as dificuldades para que assim consigam desempenhar as suas atribuições visando os interesses do coletivo.

Por fim, os representantes em qualquer forma e esfera pública de participação, devem estar preparados para exercer tal função. Quando se fala em preparação, devemos lembrar que muitos dos envolvidos em associações de bairros, representação de comunidades, que se tornam conselheiros de saúde, são pessoas que assumiram o papel de líderes, mas que às vezes possuem pouca orientação e conhecimento técnico. Lutam pelos objetivos comuns, mas com pouca propriedade. Por isto é tão importante a capacitação. Tratando da saúde, é fundamental conhecer o sistema único de saúde, saber analisar planilhas, sem desconsiderar o conhecimento real das necessidades locais, para que assim haja um rigor nas fiscalizações e tomadas de decisões.

Para o exercício de um conselheiro, é necessário que antes este obtenha informações sobre o funcionamento, formas de inclusão e de participação de um dado conselho. Alguns conselheiros participam das reuniões para saber quanto financeiramente a instituição representada irá receber e acabam não contribuindo com as deliberações das políticas públicas, ficando esta parte para os gestores que por sua vez representam somente o interesse do governo (TATAGIBA, 2007).

Por estes motivos apresentados é importante que os conselheiros sejam capacitados e empoderados para exercer tais representações, tendo conhecimento de sua força política enquanto membro de um conselho deliberativo e fiscalizador. Assim, a sociedade civil assume o papel de representação de interesses, valores e percepções da cidadania e, de outro lado, assumem o papel de controladores das políticas públicas. Jardim (2011), diz que todos os que exercem a função de conselheiro de saúde, devem ter condições materiais adequadas e domínio dos saberes necessários a essa empreitada.

3 DO ENVOLVIMENTO COMUNITÁRIO À INSTITUCIONALIZAÇÃO DA PARTICIPAÇÃO: O CASO HOSPITAL SOFIA FELDMAN

3.1 Histórico e Instâncias Participativas

Sua história inicia no ano de 1974, quando o Sr. José de Souza Sobrinho, sugeriu aos membros da Sociedade São Vicente de Paula (SSVP), a construção de um hospital no bairro Tupi preocupado com as dificuldades encontradas para internações de pacientes sem cobertura previdenciária, “os chamados indigentes”. Conseguiu-se a doação de um terreno com o Sr. Marx Golgher, que impôs a condição de a obra levar o nome de sua avó, no caso Sofia Feldman.

No começo houve a dúvida de como seria esta empreitada financeiramente, pois o SSVP não teria condições para realização do projeto. O Sr. José responsabilizou-se pela construção e após mobilização da sociedade local e de outros segmentos da sociedade, iniciaram-se as obras em sistema de mutirão. Resolveram construir um hospital onde todos tivessem acesso aos serviços de saúde, com apoio de dois jovens médicos - Ivo de Oliveira Lopes, obstetra e José Carlos da Silveira, pediatra.

O ambulatório do HSF foi inaugurado em 1978 e o atendimento era voltado neste momento para as demandas de saúde da população local. Havia uma discussão sobre qual especialidade o hospital atenderia e Dr. Ivo Lopes defendia a importância de ser uma maternidade, pensando na localização que estava situado e nos altos índices de mortalidade materno-infantil da região.

O hospital em 1982 oferecia seis leitos de maternidade em sistema de alojamento conjunto e seis leitos de clínica pediátrica, também com internação conjunta entre mãe e filho. Até 1986 funcionou com trabalho voluntário e doações da comunidade. Neste mesmo ano foi inserido nas AIS programa pioneiro do SUS, que tinha como perspectiva a universalização do acesso a saúde. A implantação da AIS significou o passo inicial para o processo de descentralização da saúde. Neste período o Hospital começa a receber um fluxo de receitas, que proporciona a ampliação progressiva da área física e o aumento da oferta de serviços. Em 1987, o convênio passou de AIS para Autorização de Internação Hospitalar (AIH).

Pensando na saúde da mulher, o HSF implanta o serviço de planejamento familiar à população onde gerou um enfrentamento com os profissionais da saúde e as diretrizes religiosas da SSVP. O hospital em 1988 desvinculou-se dos vicentinos, transformando-se em Fundação de Assistência Integral à Saúde do Hospital Sofia Feldman (FAIS/HSF).

Atualmente a FAIS do HSF possui como missão:

Desenvolver ações de atenção integral à saúde da comunidade, em especial da mulher e da criança, em nível ambulatorial e hospitalar com qualidade, resolutividade, acolhedores e vinculantes, de forma universal, visando impactar nos indicadores de saúde deste grupo (HSF, 2012, p.01).

E como visão:

É um hospital público, não governamental, que ofereça atendimento de excelência à comunidade, em especial à mulher e a criança, para a clientela universalizada, dentro de um Sistema de Saúde regionalizada e hierarquizada, trabalhando em parceria com a comunidade e com eficazes mecanismos de controle social (HSF, 2012, p.01).

A ACAU/HSF criada em 1994, representando os interesses dos usuários. A associação atua através de seus projetos de voluntariado como a Ouvidoria, as Doulas Comunitárias, Amiga da Família, Apoiador Social, Educadores do Controle de Infecção e Auto-cuidado. E em 2006, foi criado o Conselho Local de Saúde, com a finalidade de fiscalizar e acompanhar o desenvolvimento das ações e serviços no Hospital, sendo este um órgão deliberativo.

Segundo Oliveira (2012), os projetos da ACAU/HSF e Conselho de Saúde possibilitam a permanência da comunidade na instituição em período integral, o que favorece o exercício do controle social e da gestão participativa, contribuindo para a humanização da assistência. Seus respectivos presidentes possuem uma cadeira no Colegiado Diretor do HSF. Como desenvolvemos no capítulo anterior o envolvimento da comunidade é parte fundamental para que as políticas públicas, sobretudo as participativas, sejam bem desenvolvidas

Dentre vários espaços de participação, está o Colegiado Diretor composto por representantes do HSF, o Presidente da FAIS junto com o presidente do Conselho e ACAU/HSF e alguns Vicentinos que mesmo depois da desvinculação continuaram presentes por acreditar nos serviços oferecidos, contribuindo para uma gestão participativa e democrática contribuindo nos processos decisórios (FUNDAÇÃO GETÚLIO VARGAS - FGV, 2010).

3.1.1 A Associação Comunitária de Amigos e Usuários do Hospital Sofia Feldman (ACAU/HSF)

A ACAU/HSF criada em 1994, representando os interesses dos usuários dos serviços surgiu em um determinado momento de crise onde o Hospital corria um grande risco de fechar as portas e suspender suas atividades. A associação atua através de seus projetos de voluntariado como:

- As Doulas auxiliam no trabalho de parto, utilizando técnicas não farmacológicas de alívio da dor, além de ser portadora de notícias aos familiares da usuária;
- A ouvidoria funciona como mecanismo de escuta dos usuários do HSF, recebendo e registrando elogios, reclamações, sugestões e denúncias, encaminhando-as a direção do Hospital para devidas providências;
- A Amiga da Família é uma voluntária que oferecem apoio as mulheres com recém-nascido na Neonatologia, auxiliando no processo de amamentação e ordenha;
- O Apoiador Social são membros da diretoria da Associação, que oferecem um suporte ao plantão noturno atuando em diversas situações, tais como mediação de conflitos até uma liberação de refeição a um usuário;
- Educadores do Controle de Infecção orientam os usuários do HSF a tomarem os cuidados necessários ao controle da infecção hospital. Atuam de forma direta, principalmente com os visitantes, orientando sobre como lavar bem as mãos, não assentar nas camas das pacientes etc;
- O projeto Ressocializante consiste em receber os cidadãos com dívidas com a justiça, para prestarem serviços de medidas sócio-educativas;
- O Autocuidado permite que as mulheres com filho na Neonatologia, possam ser cuidadas por uma profissional de beleza, também voluntária da comunidade, na perspectiva de melhorar sua auto-estima;

Esses projetos foram desenvolvidos em parceria com HSF e tem como objetivos a participação da comunidade na humanização da assistência e exercício do controle social. A ACAU atua como cogestora do hospital consolidando a participação da comunidade, pedido este de Sr. Jose de Souza Sobrinho que esta parceria nunca fosse desfeita.

A presença da ACAU é fundamental para manter a filosofia do hospital em funcionamento, pois em alguns momentos a prefeitura de Belo Horizonte almejou a municipalização e a gestão do mesmo, onde a associação mobilizou-se em forma de protesto não permitindo que tal fato acontecesse, por medo de que tal processo mudasse a característica histórica participativa do hospital.

3.1.2 Conselho de Saúde do HSF

Segundo o Regimento do Conselho de Saúde do HSF/FAIS (2008), o Conselho Local de Saúde de acordo com a Lei Federal 8.142 de 23 de dezembro foi criado em 2006, com

finalidade de fiscalizar e acompanhar o desenvolvimento das ações e serviços de saúde no hospital.

Possui como princípio a defesa do SUS e, como objetivos norteadores:

- Discutir a política de saúde e a inserção do Hospital Sofia Feldman numa política de referência assistencial e formação de recursos humanos para a saúde; dentro da Linha de Cuidado Materno Infantil;
- Acompanhar e apresentar propostas para o bom funcionamento do Hospital Sofia Feldman dentro das diretrizes de política de saúde estabelecidas pelo SUS e complementadas pelos Conselhos Nacional, Estadual e Municipal de Saúde;
- Buscar atendimento de qualidade aos usuários em todos os serviços oferecidos pelo Hospital Sofia Feldman (CONSELHO DE SAÚDE HSF; FAIS, 2008, p. 02).

É um órgão colegiado deliberativo, composto por 28 membros, sendo 14 (quatorze) deles usuários indicados pelos conselhos distritais de saúde de Belo Horizonte, 7 (sete) representantes dos gestores/prestadores e 7 (sete) representantes dos trabalhadores da instituição, todos com seus respectivos suplentes. As reuniões acontecem uma vez por mês e extraordinariamente quando solicitadas pelo presidente ou pela maioria dos membros. Estas são abertas aos usuários interessados, com direito a voz, permitindo a livre manifestação de ideias, propostas, elogios e reclamações, registrados em ata. Apenas o voto é restrito aos membros.

Buscando um maior exercício para maior efetividade de seus conselheiros, foram organizadas sua participação em cinco câmaras técnicas: Câmara Técnica de Controle e Avaliação, Câmara Técnica de Custo e Financiamento, Câmara Técnica de Gestão, Câmara Técnica de Força e Trabalho e Câmara Técnica de Comunicação, efetivando-as com reuniões mensais onde são discutidos tema custos, financiamento, satisfação do trabalhador, gerenciamento e formas de divulgação dos serviços (CONSELHO DE SAÚDE HSF; FAIS, 2008).

Os conselheiros e voluntários são representantes atuantes na busca da garantia dos direitos e de melhorias contínua na assistência prestada e na mediação dos conflitos entre usuário e instituição. São articuladores e defensores do SUS e dos usuários, onde sempre direcionam propostas em prol desta defesa. Sendo assim, os gestores de saúde devido a presença dos conselhos de saúde, acabam tendo que atuar com uma maior transparência e rigor em relação às ações desenvolvidas no município.

3.1.3 Colegiado Gestor

A gestão participativa segundo o MS (BRASIL, 2009) é uma estratégia transversal, presente nos processos cotidianos da gestão do SUS, que possibilita a formulação e a deliberação pelo conjunto de atores no processo de controle social. Requer a adoção de práticas e mecanismos que efetivem a participação dos profissionais de saúde e da comunidade.

Houve uma mudança no modelo de gestão institucional em 2003 no HSF diante das diversas discussões sobre humanização, gestão em saúde e integralidade, passando a ser dividido e estruturado com bases nas linhas de produção do cuidado. Foram criadas seis linhas, neste modelo de gestão: Linha do Cuidado Materno Infantil (Perinatal), Linha de Políticas Institucionais, Linha de Ensino e Pesquisa, Linha de Apoio ao Trabalhador, Linha de Apoio Administrativo e Linha de Apoio Técnico. A linha do cuidado foi traduzida por Madeira e Duarte (2006) como planejamento, organização e prestação a assistência à saúde para os indivíduos de acordo com suas especificidades, baseando na integralidade do cuidado.

O colegiado Gestor é composto por diretores, coordenadores e gerentes de setores da instituição, presidente da ACAU e Conselho de Saúde, atuando em caráter informativo das decisões do hospital, o que o diferencia do Colegiado Diretor que possui como função elaborar as políticas institucionais e articulação com rede de serviços a saúde. Este modelo de gestão partiu da própria instituição baseado num dos eixos da PNH e se discute a assistência oferecida, questões políticas e financeiras. A representação dos membros do controle social neste colegiado é do segmento dos usuários (NOGUEIRA, 2013).

As reuniões acontecem semanalmente, onde se afirma que a presença de vários atores com visões diferentes sobre o mundo e a saúde, possibilita ao grupo identificar com maior sensibilidade e intensidade as necessidades dos usuários e trabalhadores (MADEIRA; DUARTE, 2006). Estes modelos de gestão participativas surgiram a partir das exigências propostas pela PNH na perspectiva do fortalecimento dos sujeitos e construção da democracia.

3.2 Humanização na Área de Saúde e o Hospital Sofia Feldman Como Caso Paradigmático Deste Processo

O Movimento da Reforma Sanitária no Brasil trouxe um novo debate em torno da saúde e assistência pública. No relatório final da VIII Conferência o tema foi amplamente contemplado pela Constituição de 1988, foi a garantia do direito do acesso universal e igualitário às ações e serviços da saúde. O SUS idealizava uma proposta inovadora de acesso a

saúde, mas precisava passar por algumas transformações para atender as necessidades dos seus usuários.

O PNHAH foi criado no ano de 1999 e implementado pela SAS do MS. Uma das diretrizes do programa era aperfeiçoar os profissionais de saúde para o atendimento ao usuário de forma que deixassem de ser menos técnicos e voltassem para as suas necessidades (BRASIL, 2001). Esta proposta promoveria mudanças na cultura do atendimento hospitalar no Brasil, aprimorando a humanização, a qualidade e eficácia dos serviços.

A humanização na saúde está relacionada ao descuido com o usuário, sendo necessário uma mudança de paradigma na gestão em saúde e os demais serviços interligados. Tais mudanças estão diretamente ligadas a forma de interação entre os prestadores de serviço da área da saúde e aos usuários do sistema, com isto um dos seus objetivos é fornecer melhores condições de trabalho para os trabalhadores para que estes ofereçam um atendimento de qualidade a toda sociedade. O desafio era ampliar a assistência médica e transformar suas práticas.

Em 2003 foi lançado o Humaniza SUS, que representa a Política Nacional de Humanização (PNH), cujo objetivo era melhorar o SUS, tendo como principais inovações:

- Valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde: usuários, trabalhadores e gestores;
- Fomento da autonomia e do protagonismo desses sujeitos e dos coletivos;
- Aumento do grau de co-responsabilidade na produção de saúde e de sujeitos;
- Estabelecimento de vínculos solidários e de participação coletiva no processo de gestão;
- Mapeamento e interação com as demandas sociais, coletivas e subjetivas de saúde;
- Defesa de um SUS que reconhece a diversidade do povo brasileiro e a todos oferece a mesma atenção à saúde, sem distinção de idade, etnia, origem, gênero e orientação sexual;
- Mudança nos modelos de atenção e gestão em sua indissociabilidade, tendo como foco as necessidades dos cidadãos, a produção de saúde e o próprio processo de trabalho em saúde, valorizando os trabalhadores e as relações sociais no trabalho;
- Proposta de um trabalho coletivo para que o SUS seja mais acolhedor, mais ágil e mais resolutivo;
- Compromisso com a qualificação da ambiência, melhorando as condições de trabalho e de atendimento;
- Compromisso com a articulação dos processos de formação com os serviços e práticas de saúde;
- Luta por um SUS mais humano, porque construído com a participação de todos e comprometido com a qualidade dos seus serviços e com a saúde integral para todos e qualquer um (BRASIL, 2008, p. 19).

A PNH traz como proposta e recomendações a valorização da dimensão subjetiva e coletiva em todas as práticas de atenção e gestão no SUS, destacando-se as necessidades

específicas de cada usuário; o fortalecimento de trabalho em equipe multiprofissional, fomentando a transversalidade e a grupalidade; o apoio à construção de redes cooperativas, solidárias e comprometidas com a produção de saúde e com a produção de sujeitos; a construção de autonomia e protagonismo dos sujeitos e coletivos implicados na rede do SUS; coresponsabilidade desses sujeitos nos processos de gestão e atenção; fortalecimento do controle social, com caráter participativo, em todas as instâncias gestoras do SUS; compromisso com a democratização das relações de trabalho e valorização dos trabalhadores da saúde, estimulando processos de educação permanente em saúde; valorização da ambiência, com organização de espaços de trabalho saudáveis e acolhedores (BRASIL, 2008).

Segundo política nacional, humanizar o SUS é valorizar que o outro é legítimo cidadão de direitos, reconhecendo-os como sujeitos necessários no processo de produção de saúde, visando uma política pública de saúde com integralidade, universalidade e equidade incorporando novas tecnologias, saberes e práticas (BRASIL, 2008).

Tal política preconiza a o que é chamado pelo MS de Acolhimento Humanizado. Acolher de acordo com a Cartilha da PNH (BRASIL, 2010), e dar acolhida, dar ouvidos, atender, receber, ou seja, o acolhimento humanizado é uma atitude de inclusão, é um ato ou efeito de acolher o usuário dentro de suas especificidades. Proporcionar um ambiente acolhedor num momento de um atendimento pode potencializar a relação usuário/profissional de saúde facilitando um diagnóstico eficaz, estabelecendo uma confiança que desencadeará em promoção a saúde no futuro.

O HSF como vimos, é uma instituição filantrópica pertencente à FAIS. Suas atividades são prioritariamente voltadas a assistência à mulher, recém-nascido e família, usuários do SUS.

É definido pela Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte (SMSBH) como referência para os Distritos Sanitários Norte, Nordeste e parte de Venda Nova, servindo a uma população superior a 400 mil pessoas. O Hospital oferece cuidados obstétricos, ginecológicos e neonatais, serviços de apoio diagnóstico e programas especiais, tendo hoje desde sua criação assistidos mais de 100.000 partos.

O HSF tem como defesa do sistema único de saúde e como objetivos norteadores, discutir a política de Saúde e inserção do hospital numa política de referência assistencial e formação de recursos humanos para a saúde, acompanhar e apresentar propostas para seu funcionamento dentro das diretrizes estabelecidas pelo SUS e complementadas pelos Conselhos Nacional, Estadual e Municipal de Saúde e buscar atendimento de qualidade aos usuários em todos os serviços oferecidos pela instituição (HSF, 2012).

Atualmente atende as usuárias de outras cidades de Minas Gerais na assistência ao nascimento e ao recém-nascido superando 60% dos atendimentos, devido à falta de infraestrutura e recursos dos municípios, sendo encaminhados pela Central de regulação do estado. Classificado como “Hospital Porta Aberta”, acredita-se que a parturiente seja de onde ela vier, não deve retornar de uma instituição sem receber os devidos atendimentos necessários e nem mesmo peregrinar a procura de alguma vaga.

Outro fator importante é que o HSF está vinculado à Rede Cegonha que é uma estratégia do MS, operacionalizada pelo SUS e fundamentada nos princípios da humanização da assistência a mulheres e recém-nascidos. Conta com o apoio da Casa da Gestante Zilda Arns para o cuidado das mulheres que precisam permanecer internada, sem ser num ambiente hospitalar, em alguns casos até o momento do parto e a Casa do Bebê para os cuidados do recém-nascido longe da grande movimentação de um dia a dia de uma instituição de saúde. Outro modelo é o Espaço Sofias, local este que as mães podem permanecer para acompanhar os bebês internados na Neonatologia.

Uma questão relevante que deve ser citada para que o HSF tenha todo o seu reconhecimento frente ao Ministério da Saúde são suas práticas de atenção ao parto humanizado e aos cuidados ao recém-nascido que vai desde a mulher poder discutir com a equipe assistencial a melhor forma de parto seja ele natural (sem intervenção de métodos farmacológicos) ou normal (com intervenção de métodos farmacológicos) até a participação da família no momento do nascimento. E o Centro de Parto Normal David Capistrano é uma casa onde foi construída, pensado neste resgate do parto natural humanizado. O parto humanizado é além de uma forma de nascimento, é aquele onde existe o respeito dos profissionais pela mulher levando em consideração seus limites e o direito sobre seu corpo, oferecendo formas de alívio da dor e proporcionando que esta seja a protagonista do evento natural que é o seu parto.

Um dos mecanismos de participação, controle social e práticas de humanização foram a presença das doulas e dos acompanhantes no trabalho de parto e nascimento. As doulas são mulheres da comunidade que atuam como voluntárias ativamente no processo de parto, sendo parceira integrando a equipe e apoiando com palavras e atitudes as parturientes num momento tão especial de suas vidas. Funcionam como suporte do nascimento e portadores de notícias aos familiares. Através dessas mulheres da comunidade, surgiram vários projetos com o perfil das doulas, alguns pelo Ministério da Saúde e outros inclusive na rede privada. Hoje estas mulheres são capacitadas e se tornaram multiplicadoras da prática. O projeto Doulas Comunitárias do HSF é reconhecido pelo Ministério da Saúde como estratégias de humanização do parto e nascimento (HORTA, 2008).

A Lei nº 11.108, de 07 de abril de 2005 diz que os serviços de saúde do SUS, da rede própria ou conveniada, ficam obrigados a permitir a presença, junto à parturiente, de 1 (um) acompanhante durante todo o período de trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, sendo esta da escolha da mulher (BRASIL, 2005). O HSF antes mesmo dos acompanhantes serem assegurados por tal lei, já permitia sua presença durante o período integral da internação, sendo o apoio da gestante ou posteriormente da puérpera. No momento do parto é permitido a presença de um segundo acompanhante. De acordo com Ferreira (2014), a presença do acompanhante, é fundamental e pode modificar as relações de poder das instituições, uma vez que o usuário passa a ter maior participação e a ser protagonista no sistema de saúde.

Cabe ressaltar que existe um movimento por parte da equipe no que diz respeito a presença do companheiro, pois já existem estudos que comprovaram que a participação dos mesmos, é fundamental tanto para a segurança da mulher, como forma de produzir vínculos, fortalecer uma família, daquele homem/pai reconhecer o quanto sua mulher é guerreira e ter a possibilidade de reflexão pensando nas práticas de parto normal e que um dia talvez sua mãe ou avós, enfim outras gerações foram capazes de parir até mesmo antes de se discutir tanto o parto normal humanizado. Outra importância da presença do acompanhante é para o controle social, pois este poderá sinalizar em qualquer momento como está ou foi atendimento prestado a usuária.

Todos os dias pela manhã, o Serviço Social do HSF realiza uma reunião com os acompanhantes na perspectiva de acolhê-los e ouvi-los a fim de saberem como esta sendo a assistência prestada e no final desta são orientados quanto ao registro de nascimento, direitos sociais e previdenciários. Esta reunião conta com a presença de um conselheiro, uma ouvidora e uma Assistente Social. As ouvidoras descrevem o papel da ACAU e os conselheiros falam de suas atribuições dentro HSF e empodera os usuários sobre outros conselhos de saúde tais como os das Unidades Básicas de Saúde.

Durante algum tempo os pais foram encaminhados até ao cartório de registro civil para que os recém-nascidos saíssem da instituição devidamente registrados, fortalecendo mais uma prática de humanização, onde esta organização sempre contou com apoio de um voluntário da ACAU.

O projeto de Ouvidoria facilitou uma aproximação com os usuários, pois quando estes apresentam alguma demanda do tipo reclamação, sugestão ou elogios, são direcionados para as ouvidoras que os acolhem e registram dando os devidos encaminhamentos ou resolução imediata quando possível. Este projeto facilita o controle social, pois existe um corpo a corpo com o usuário, fazendo com que se sintam a vontade para se expressarem. As demandas

apresentadas são registradas e encaminhadas ao direito da ACAU, que posteriormente são direcionadas a direção do hospital para as possíveis providências.

Outra forma de participação de usuários é a reunião com puéperas, acontecem a escuta das mulheres desde o seu primeiro contato com a instituição até o puerpério. Conta com a presença de uma enfermeira obstétrica e de uma ouvidora onde os depoimentos também são registrados e encaminhados quando necessários. Tal prática possibilita um momento de troca de informações relacionadas aos cuidados do recém-nascido e a mulher, como um retorno sobre o tipo de assistência oferecida, nada melhor para fortalecer o controle social do que ouvir a protagonista.

Em diversos lugares estratégicos e de acesso fácil existem caixas e formulários, onde os usuários podem deixar seus depoimentos principalmente aqueles que por algum motivo não querem ser identificados. Estes formulários são recolhidos pelos representantes do conselho.

O HSF realiza suas atividades visando a integralidade e universalidade do acesso a saúde. A construção do cuidado é centrado na demanda dos usuários do serviço. Integralidade em saúde está relacionada a forma como as pessoas desejam ser recebidas no campo da saúde, ou seja é uma troca de saberes onde os profissionais escutam atenciosamente seus usuários com qualidade, acolhimento e vínculo.

O usuário do SUS possui direito como ter boas condições de vida, ter acesso e poder consumir toda tecnologia de saúde capaz de melhorar e prolongar a vida. Os profissionais de saúde devem fazer uso da técnica de escuta que é classificado como acolhimento na perspectiva de resolução dos problemas dos usuários. Esta capacidade e disponibilidade de ouvir suas necessidades pode ser um bom começo para produção de vínculo e confiança entre profissional de saúde e usuário dos serviços.

4 CONCLUSÃO

O presente trabalho⁵ possibilitou um maior entendimento ao processo de democratização das políticas de saúde no Brasil e do contexto histórico. Apresentamos aqui algumas formas de controle social representando as correlações de força entre Estado e sociedade a qual levou a saúde a ser universal e direito de todos através da Constituição de 1988 e Consolidação do Sistema Único de Saúde e práticas atreladas a esse sistema.

A participação da sociedade no controle social é apresentada como de extrema importância e relevância na formulação, fiscalização, execução e manutenção das políticas públicas de saúde, visando atender as necessidades dos cidadãos. E o Hospital Sofia Feldman é apontado como o modelo desta discussão tanto por ser uma instituição com histórico participativo que vem de seu nascedouro, quanto pela maneira como o atendimento humanizado foi desenvolvido no local.

O HSF mesmo quando ainda era uma apenas um sonho, contou com presença da comunidade para sua realização. Atuando em diversos segmentos de participação, os representantes da localidade, apostaram em trabalhar junto dessa instituição em defesa do direito à saúde e o fortalecimento do SUS, antes mesmo de se discutir o controle social como estratégia de participação em gestão hospitalar e humanização como prática de assistência de qualidade em saúde.

Acreditando nesta importância da comunidade dentro do hospital e atendendo ao pedido do Sr, Jose Sobrinho o hospital desenvolveu algumas formas de participação como, por exemplo, as *Doulas Comunitárias* que além da presença na instituição, levam seu trabalho de apoio a parturiente configurando uma prática de humanização da assistência. A presença do acompanhante em tempo integral no processo de internação, é fundamental para o controle social aconteça de forma imediata sobre as ações do hospital.

A possibilidade de participação no Colegiado Gestor através dos representantes da comunidade se apresenta como forma significativa de gestão compartilhada, possibilitando um diálogo, fiscalização e deliberações conjuntas. O que, como mostramos, impacta diretamente na maneira como o atendimento é oferecido aos usuários.

Hoje o HSF é reconhecido pelo MS como referência para PNH e pela iniciativa em novos modelos de gestão e cuidados inclusivos, participativos em defesa da vida, entendendo

⁵ A ideia inicial da pesquisa era realizar entrevistas com os conselheiros, representantes da ACAU, pessoas/usuários que fizeram parte da construção do HSF, porém, devido as burocracias e dificuldades enfrentadas não conseguimos levar o campo adiante.

que humanização em saúde e controle social caminha juntamente. Portanto o exercício do controle social permite a todos (gestores/usuários) identificar, reconhecer e a discutir sobre diferentes necessidades existentes no campo da saúde.

Quando o Hospital cria o Conselho de Saúde em 2006 e legitima este espaço, ela abre as possibilidades de diálogo entre a sociedade, e mais reafirma tal importância da presença podendo assim criar estratégias de atendimento humanizado e com qualidade. E mais, os conselhos apresentam avanços para uma sociedade e pode-se afirmar que tal participação pode influenciar no processo de humanização, partindo do princípio que existe espaço para dialogar as práticas de assistência à saúde.

A proposta principal deste trabalho foi identificar se a participação da sociedade dentro do HSF contribui de fato para efetivação do controle social e para a instituição ter se tornado referência no atendimento humanizado. A experiência cotidiana no hospital e, sobretudo, a realização desta pesquisa nos faz concluir que sim, a participação social é fator explicativo da posição que o HSF ocupa hoje. A humanização no hospital pode ser compreendida como um processo que aconteceu conjuntamente com a comunidade que sempre foi participativa e sinalizadora das demandas existentes, visando uma assistência de mais qualidade aos usuários.

Sendo assim concluímos que a humanização é um fator determinante da assistência prestada da instituição, tendo em vista um grande avanço nas políticas de assistência a mulher e a criança e consequência na redução da mortalidade materna e infantil. A presença da comunidade favorece e fortalece o efetivo controle social, compartilhando dos seus méritos e responsabilidades e na produção de saúde. Percebemos que várias iniciativas participativas foram acontecendo historicamente no HSF antes mesmo de se tornarem legislação e práticas corriqueiras no Brasil. Acreditamos que ainda tenha que ocorrer várias mudanças em prol da excelência no cuidado à saúde dos usuários, mas em face a pesquisa é possível afirmar que com a participação da comunidade e de seus representantes fiscalizando, acompanhando de perto, resultará em um atendimento cada vez mais humanizado e democrático.

REFERÊNCIAS

AVRITZER, L. Instituições participativas e desenho institucional: algumas considerações sobre a variação da participação no Brasil democrático. **Revista Opinião Pública**, Campinas, v. 14, n. 1, p. 43-64, jun. 2008.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado, 1988.

BRASIL. Controladoria Geral da União. **Portal da transparência**. Brasília: CGU, 2004. Disponível em: < <http://www.portaltransparencia.gov.br> >, Acessado em: 10 ago. 2014.

BRASIL. Lei nº 11.108, de 7 de abril de 2005. Altera a Lei nº 8080 de 19 de setembro de 1990, para garantir as parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 8 abr. 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n. 333, de 4 de novembro de 2003. Aprova as diretrizes para criação, reformulação, estruturação e funcionamento dos Conselhos de Saúde. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF, 4 dez. 2003, n. 236, seção 1, p. 57, col. 1.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 2.203, de 5 de novembro de 1996. Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde: NOB-SUS 96 - Redefine o modelo de gestão do Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 06 de novembro de 1996.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 373, de 27 de fevereiro de 2002. Aprova a norma operacional de assistência social: NOAS-SUS 01/2002 que amplia as responsabilidades dos municípios na Atenção Básica. **Diário Oficial da União**, Brasília-DF, 28 fev. 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência a Saúde. **Programa nacional de humanização hospitalar**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Programa nacional de humanização da assistência hospitalar. Brasília: Ministério da Saúde, 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS**: documento base para gestores e trabalhadores do SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Acolhimento nas práticas de produção de saúde**. 2. ed. Brasília: Ministério da saúde, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **Política nacional de gestão estratégica e participativa no SUS: Participa SUS**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia de Assuntos Jurídicos. Lei 8080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 20 set. 1990a.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 31 dez. 1990b.

BRAVO, M. I. S.; MATOS, M. C. Reforma sanitária e projeto ético-político do serviço social: elementos para o debate. In: BRAVO, M. I. S. (Org.) et al. **Saúde e serviço social**. São Paulo: Cortez, 2004.

BRESSER-PEREIRA, L.; GRAU, C. N. (Coord.). **Responsabilização na administração pública**. São Paulo: CLAD, FUNDAP, 2006.

CAMPOS, A. M. Accountability: quando devemos traduzi-la para o português. **Revista da Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 2, 1990.

CECIM, R. B. Invenção da saúde coletiva e do controle social em saúde no Brasil: nova educação na saúde e novos contornos e potencialidades à cidadania. **Revista de Estudos Universitários**, Sorocaba, v. 33, n. 1, p. 29-48, jun. 2007.

COHN, A.; ELIAS, P. E. **Saúde no Brasil: políticas e organização de serviços**. 5. ed. São Paulo, Cortez: CEDEC, 2003.

CONSELHO DE SAÚDE DO HOSPITAL SOFIA FELDMAN; FUNDAÇÃO DE ASSISTÊNCIA INTEGRAL A SAÚDE. **Regimento do Conselho de Saúde do Hospital Sofia Feldman / Fundação de Assistência Integral a Saúde**. Belo Horizonte: HSF, 2008. Disponível em: <<http://www.sofiafeldman.org.br/wp-content/uploads/2008/12/regimento-interno.pdf>>. Acesso em: 10 ago. 2014.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. Resolução CNS nº 33/92 – Aprova recomendações para constituição dos Conselhos Estaduais e Municipais de Saúde. Disponível em: <http://www.mpba.mp.br/atuacao/cidadania/legislacao/saude/sus/resolucao_33_92.asp>. Acesso em: 10 ago. 2014.

CORTÊS, S. V. **Participação e saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009.

ESCOREL, S. **Reviravolta na saúde: origem e articulação do movimento sanitário**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1998.

FARIA, C. F. RIBEIRO, U. C. Entre o real e o legal: O que dizem as variáveis institucionais sobre os Conselhos Municipais de Políticas Públicas? In: AVRITZER, L. (Org). **A dinâmica da participação local no Brasil**. São Paulo: Cortez, 2010. p.57-92.

FARIA, C. F. Sobre os Determinantes das Políticas Participativas: a estrutura normativa e o desenho institucional dos Conselhos. In: AVRITZER, L. **A participação social no nordeste**. Belo Horizonte: Editora UFMG, 2007.

FERREIRA, K. A. **O significado do acompanhante na assistência ao parto humanizado**. 2014. Monografia (Trabalho de Conclusão de Curso) – Faculdade de Ciências Médicas; Hospital Sofia Feldman, Belo Horizonte, 2014.

FUNDAÇÃO GETÚLIO VARGAS. Centro de Administração Pública e Governo. **Hospital Sofia Feldman: uma experiência de inovação contínua**. São Paulo: FGV, 2010.

GOHN, M. G. Conselhos populares e participação popular. **Revista Serviço Social e Sociedade**, São Paulo, n. 26, p. 47-25, 1990.

HORTA, J. C. A. **A doula comunitária: uma experiência reinventada**. 2008. 161 f. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2008.

HOSPITAL SOFIA FELDMAN. **O hospital**. Belo Horizonte: HSF, 2012. Disponível em: <<http://www.sofiafeldman.org.br/o-hospital/>>. Acesso em: 10 ago. 2014.

JARDIM, L. et al. **Participação e controle social na saúde**. Belo Horizonte: UFMG, Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas, 2011.

LAVALLE, A. G.; CASTELLO, G. Sociedade, representação e a dupla face da Accountability: cidade do México e São Paulo. **Caderno CRH**, Salvador, v. 21, n. 52, p. 67-86, abr. 2008.

MADEIRA, L. M.; DUARTE, E. D. A gestão hospitalar e a integralidade da assistência: caso do Hospital Sofia Feldman. In: PINHEIRO, R.; FERLA, A. A.; MATTOS, R. A. (Orgs.). **Gestão em redes: tecendo os fios da integralidade em saúde**. Rio de Janeiro: EDUCUS: IMS/UERJ, 2006. p. 65-80.

NOGUEIRA, G. O. **Cogestão na política nacional de humanização da atenção à saúde: a experiência do Hospital Sofia Feldman**. 2013. 123f. Dissertação (Mestrado) - Pontifícia Universidade Católica, Belo Horizonte, 2013.

NOGUEIRA-MARTINS, M. C. F. Humanização da assistência e formação do profissional de saúde. **Psychiatry on line Brasil**, São Paulo, v. 8, n. 5, maio 2003.

O'DONNELL, G. Accountability horizontal e novas poliarquias. **Lua Nova: Revista de Cultura e Política**, São Paulo, n. 44, p. 27-57, 1998.

OLIVEIRA, E. C. A avaliação da assistência prestada no Hospital Sofia Feldman na perspectiva do usuário. 2012. 34f. Monografia (Trabalho de Conclusão de Curso) – Faculdade Estácio de Sá de Belo Horizonte, 2012.

PAULUS JÚNIOR, A.; CORDONI JÚNIOR, L. Políticas públicas de saúde no Brasil. **Revista Espaço para a Saúde**, Londrina, v. 8, n. 1, p. 13-19, dez. 2006.

PERUZZOTTI, E. **A política de accountability social na América Latina**. Buenos Aires, 2002.

PINHEIRO, R.; SILVA JUNIOR, A.G. A centralidade do usuário na avaliação em saúde: outras abordagens. In PINHEIRO, R.; MARTINS, P. H. (Orgs.). **Avaliação em saúde na perspectiva do usuário: abordagem multicêntrica**. Rio de Janeiro: Cepesc, 2009. p.37-52.

SCHERER-WARREN, I. Movimentos sociais e/no Estado: nexos para uma política emancipatória. In: CICLO DE SEMINÁRIOS “MOVIMENTOS SOCIAIS E DEMOCRATIZAÇÃO DO ESTADO”. Brasília: Secretaria Geral da Presidência da República, 2012.

SHIMIZU, H. E. et al. Representações sociais dos conselheiros municipais acerca do controle social em saúde no SUS. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 8, p. 2275-2284, ago. 2013.

TATAGIBA, L. O papel do COMAS na política de assistência social em São Paulo. In: ARREGUI, C. C. et al. **Assistência Social: controle social e política pública**. São Paulo: Instituto polis/ PUC-SP, 2007.