

HISTORIOGRAFIA, SAÚDE E PARTICIPAÇÃO SOCIAL EM PAUTA: UMA BREVE REFLEXÃO SOBRE O CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE EM VALENÇA-RJ

Elizabeth Machado do Nascimento

O debate sobre participação social na saúde tem servido de base para a produção de diversos artigos, tanto nas ciências sociais como em outras áreas do conhecimento. Esse trabalho apresenta algumas pontuações baseadas na experiência do Conselho Municipal de Saúde da cidade de Valença, situado no interior do estado do Rio de Janeiro.

Tecer uma discussão sobre esse tema é a tentativa de resgatar os princípios da cidadania onde o autor José Murilo de Carvalho (2012) resume muito bem em sua obra *Cidadania no Brasil: o longo caminho*. Não é possível se pensar em cidadania sem a plenitude de todos os direitos. Assim, o presente trabalho versa sobre os direitos sociais, entendidos como a garantia da “participação na riqueza coletiva [...] direito à educação, ao trabalho, ao salário justo, à saúde, à aposentadoria” (CARVALHO, 2012, p. 10). Sem esse direito, até o próprio conceito de cidadania torna-se esvaziado. Afinal, como ter direito político se não há governo? Como ter direito civil, se não houver vida em sociedade? É a partir do interesse público, da forma de organização social que esses direitos sociais serão garantidos e legitimados.

Aqui é retratada parte da pesquisa realizada durante o mestrado sobre os primeiros anos do Conselho Municipal de Saúde de Valença, compreendido entre os anos de 1996 e 2000, bem como novas considerações atualizadas, a saber, 2012 e 2013.

Alguns fatos que se destacaram na década de 1990 em Valença assemelham-se a outros municípios; porém, suas especificidades é que serão retratadas. Embora os atores sociais, ora representados por pessoas, segmentos, ora por instituições constituíram esse processo, apresento a construção do Conselho Municipal de Saúde na perspectiva dos segmentos sociais conforme a Lei 8.142/90 preconiza:

O Conselho de Saúde, em caráter permanente e deliberativo, órgão colegiado composto por representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais de

*Docente do Centro Universitário Geraldo Di Biase - RJ, Mestre em História Social pela Universidade Severino Sombra.

saúde e usuários, atua na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde na instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, cujas decisões será homologadas pelo chefe do poder legalmente constituído em cada esfera do governo (Art. 1º, inc. 2º).

Dessa forma, foi utilizado como instrumental metodológico os jornais locais com data entre 1985 e 2000 que abordavam sobre o panorama das questões pertinentes à saúde, bem como a correlação de forças daquele período. A articulação das informações dos periódicos da época, do relato dos entrevistados e da participação dos diversos segmentos representativos no conselho de saúde deu sustentação às análises desse período.

O primeiro critério utilizado para escolha dos entrevistados, foi o segmento que esse representava na época de sua formação em 1996; e o segundo, foi o envolvimento direto ou indireto com as questões pertinentes à saúde no município de Valença no ano de 2012 quando as entrevistas foram realizadas. Uma vez que se trata de uma história do tempo presente, o uso da história oral como procedimento metodológico se tornou fundamental para o desenvolvimento do trabalho e envolveu informações que permitiu uma nova relação com os sujeitos sociais.

A partir da transcrição e análise dos dados coletados, foi possível conhecer o grau de envolvimento desses entrevistados, seu nível de participação social, e como o processo de construção do Conselho Municipal de Saúde contribuiu para avanços ou retrocessos na garantia do direito à saúde dos cidadãos de Valença.

Elaborar uma investigação dessa espécie tornou-se um desafio, pois no decorrer da pesquisa uma das maiores dificuldades foi contar com a memória dos entrevistados, considerando os quase vinte anos que se passaram, mas também com as pausas e esquecimentos.

1.Lutas e reivindicações na saúde

No Brasil as transformações das políticas públicas de saúde sofreram um impacto que não apenas marcou o período, como também mudou a condução de diversas práticas associativas e institucionais. A década de 1980, caracterizada por ser um período de transição política e social, após o término do regime militar e a retomada do processo democrático,

despertou em diversos segmentos sociais o interesse em buscar a redefinição tanto de suas bases ideológicas como de outros valores e princípios.

Muitos pesquisadores relatam sobre as diversas experiências de movimentos sociais, que ao longo do tempo tem transformado a vida de grupos, cidades e países com lutas sociais onde o grande vencedor foi o processo democrático por meio da participação social. Num brevíssimo retorno no tempo, pode-se destacar alguns episódios, como por exemplo, a conhecida Revolta da Vacina que, no início do século XX, reuniu populares contra a vacinação obrigatória e recebeu o apoio de alguns parlamentares como também da imprensa. Nesse período, o pano de fundo foi a organização de alguns setores da classe dominante que descontentes com as ações governamentais e por sentirem-se marginalizados do poder, tentavam fomentar a revolta com objetivos de fragmentação e enfraquecimento da burguesia agrária.

Até 1930 a estrutura administrativa com características centralista, corporativista e tecnoburocrática dificultavam a participação popular na política de saúde. Na mesma época por meio da imprensa e folhetos avulsos, a população recebia orientações sobre os meios de evitar doenças. Com o passar dos anos a população começou a ter maior consciência sobre as condições da saúde pública, gerando impasses nas políticas de saúde.

Já nos anos 1960, o Movimento Popular de Saúde² originado nos bairros pobres e periferias das grandes cidades como também das favelas, reivindicavam inicialmente a qualidade dos serviços de saúde com base no aspecto econômico. Os grupos representados eram militantes católicos, estudantes, sanitaristas, populações carentes e partidos políticos clandestinos.

Segundo Luz (1994) o início da década de 1970 apresentou uma grande insatisfação popular com os serviços de saúde, sendo expressa por meio de divergências e insatisfações nas filas para atendimento, bem como pelo próprio ato de quebrarem os ambulatórios médicos. Esse foi um período bem difícil considerando o forte silenciamento da imprensa e até mesmo de lideranças políticas que foram cassadas ou estavam como clandestinos. Assim, tal repressão política impedia a circulação de pesquisas que apontavam para as fragilidades do sistema de saúde vigente, sendo excludente para a maioria da população.

² O Movimento Popular tinha como principal objetivo fortalecer a organização de redes movimentalistas locais.

Com o início da redemocratização ainda que tímida esses movimentos sociais cresceram e se intensificaram. Partidos políticos também passaram a discutir a temática de políticas de saúde. Pesquisadores e professores demonstravam em seus estudos as condições inadequadas de saúde da população com o agravamento das expressões da questão social, piorando as condições de vida da população. Tais produções científicas apontavam para uma efetiva transformação na política de saúde, propondo ações realmente democráticas.

De acordo com Regina Bega dos Santos (2008), os movimentos sociais entre as décadas de 1970 e 1980, assumiram características reformistas e transformadoras em outros momentos. A autora destaca que os movimentos reformistas retratavam muito mais os interesses das classes dominantes, sendo liderado pelo poder público, do que propriamente das classes populares cuja participação era apenas para opinar sobre as ações, ficando muito longe da efetividade do controle social. Como movimento reformista, entende-se que as propostas do poder público “são apropriadas por esse poder e transformadas em políticas estatais, de cunho demagógico ou populista” (SANTOS, 2008, p.14). Dessa forma, a participação popular torna-se meramente figurativa ou insignificante, atendendo minimamente aos interesses reivindicados.

Os movimentos sociais reformistas são entendidos como “relacionados à divisão social do trabalho e as injustiças sociais. As questões estruturais são retomadas, pois afinal o que se objetiva é a transformação da sociedade” (IBIDEM, p.14). Nesse caso, os integrantes do movimento adquirem uma postura crítica diferenciada. Tornam-se conscientes de que seus objetivos de luta não são abrangentes o suficiente para por fim às injustiças e desigualdades sociais. Percebem que essa busca é de interesse coletivo e que por meio de articulação com outros movimentos populares avançam no exercício da cidadania.

Outro aspecto que vale destacar, se deve ao desgaste ocorrido nesse mesmo período na economia brasileira, que causou um forte impacto nas condições da classe trabalhadora e até mesmo entre os empresários e classes médias. A crise econômica que abalou o país deixou vestígios em toda a sociedade, onde a política de arrocho salarial resultou na perda do poder aquisitivo dos trabalhadores assalariados e ampliando ainda mais as desigualdades sociais.

O Estado para a sociedade civil era considerado seu opositor por não atender às demandas econômicas, políticas e sociais; onde o processo de exclusão social tornou-se mais

expressivo. Os serviços de infra-estrutura (água, luz, esgoto, iluminação, asfalto e transporte) demonstravam o déficit público em relação aos bens e serviços que eram insuficientes ou mesmo inexistentes em muitas cidades e regiões. Dessa forma, por meio da participação social não apenas a temática da saúde preenchia a pauta de reivindicações, mas a própria urgência de uma transformação política.

O processo de transição do regime militar à democracia culminou após expressivos debates e mobilização social, em propostas onde representantes dos intelectuais, dos políticos e da população denominaram de Movimento Sanitário em 1986.

Assim, novas práticas democráticas começaram a ser expressos através de associações, partidos políticos e a imprensa aos poucos retomou seu espaço. Essa estreita ligação entre democracia e saúde encontra sua base no próprio movimento sanitário. A busca pelo acesso à saúde foi parte fundamental para o estabelecimento da democracia. Isso porque o objetivo não era apenas de motivar a sociedade a participar de processos reivindicatórios pelo direito à saúde, mas promover uma efetiva participação nas decisões buscando a conscientização do direito à cidadania.

Um aspecto a ser destacado nesse percurso foi de que forma o direito à saúde era entendido pelos cidadãos. Reconhecer que o direito a universalidade do acesso não mais se tratava de uma 'boa ação' governamental, mas uma conquista coletiva que demandou um esforço significativo dos movimentos sociais que antecederam a promulgação da nova constituinte. Era basicamente uma mudança de paradigma. As questões que envolviam a saúde pública não eram prerrogativas de uma pessoa, mas de toda uma sociedade que ainda sentia os reflexos de um regime repressivo. Nesse caso, a participação social surgia como uma nova perspectiva de articulação entre o poder e demais atores sociais, transformando a passividade dos beneficiários da saúde em sujeitos coletivos e conscientes de seus direitos.

Segundo Escorel (2005) uma das estratégias utilizadas pelo movimento sanitário foi a ocupação de espaços institucionais. Apresentando propostas que visavam a melhoria dos serviços de saúde, aos poucos a política de saúde voltada para uma medicina individual e assistencialista começava a enfraquecer.

O movimento sanitário com suas propostas contrárias a política vigente, utilizou o espaço da revista *Saúde em Debate* organizada por um grupo de médicos do curso de Saúde

Pública da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo para apresentar denúncias sobre a forma perversa que a saúde era tratada, com ênfase ao atendimento privado e de difícil acesso as camadas mais carente da população. Dessa forma, tais revelações contribuíram para o fortalecimento da luta pelo processo democrático em âmbito nacional; embora a grande discussão desse período tenha sido a abertura de novos espaços públicos para o debate.

Sair do plano do privado e avançar com um projeto que anos mais tarde tomaria forma significou na verdade um avanço nunca antes registrado na história da saúde no Brasil, onde a voz da sociedade por tantos anos silenciada passou a ocupar um espaço legítimo enquanto sujeito de direitos.

O movimento de reforma sanitária não se esgotou em 1986, pois em 1988 obteve com a promulgação da Constituição parte de suas reivindicações expressas, como já mencionadas. Todavia, já nos anos 1990 o eixo das reivindicações populares deslocou-se, conforme aponta Gohn (2010) para questões voltadas para sobrevivência física dos indivíduos. Como por exemplo, a defesa dos direitos sociais tradicionais que tratam do direito à vida e à sobrevivência, da ética na política e de valores consensuais da sociedade. Outra mudança mais genérica foi à base de formulação das políticas, que deixou de ser para os atores sociais organizados em movimentos que foram direcionadas para segmentos sociais privilegiando áreas temáticas problema.

De acordo com Santos (2008), o discurso menos militante e mais tênue dos movimentos sociais, foi adaptado para uma linguagem voltada para as questões de cidadania, práticas democráticas e justiça social. Como a defesa de acesso a bens e serviços, e, à participação social e política, representando assim, uma sociedade civil organizada, que buscava ver no Estado às condições necessárias para consolidação desses direitos, reforçando o papel da seguridade social, cujos eixos dividem-se na assistência social, saúde e previdência social.

Outro fato marcante nesse contexto foi à organização das forças sociais que lutavam por um projeto de mudança no país, já que na década de 1990 não identificava na figura do presidente Collor as condições necessárias para tal. Com um posicionamento político voltado para alianças de grupos territorializados, o reforço do poder político tradicional era explícito.

Como exemplo de recuo democrático, o veto presidencial aos artigos da Lei 8.080/90 referentes à participação social da comunidade e a própria reforma sanitária.

Assim, os movimentos sociais que lutavam pela saúde perdiam espaço e voz para um posicionamento contrário à democracia participativa. No entanto, a Lei 8.142/90 em parte atendeu as aspirações do movimento sanitário antes vetado, e que trata da participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde, sobre as transferências de recursos financeiros na área de saúde e a garantia da participação social de baixo para cima em duas instâncias colegiadas: a conferência de saúde a cada quatro anos e os conselhos de saúde em organizados em casa esfera do governo.

A partir de uma organização de órgãos colegiados, os Conselhos e Conferências constituem espaços efetivos de participação social. Ainda que os Conselhos tenham o caráter deliberativo e de contínua participação e, diferentes das Conferências que se caracterizam como espaços de debates e constituídos por sua natureza consultiva; sua relevância na Política Pública de Saúde é fundamental para que o controle social historicamente construído continue sendo um dos mais importantes instrumentos utilizados por diversos segmentos sociais, em especial o segmento dos usuários.

Independente de qual seja essa participação, sem dúvida tornou-se ao longo do tempo um instrumento de luta a ser utilizado por qualquer segmento. E esse envolvimento retrata em última instância o próprio exercício de cidadania, fundamentado e legitimado a partir da Constituição Federal de 1988.

Considerando o processo de redemocratização iniciado na década de 1970, os anos posteriores - como já abordado – foram de uma rica e considerável construção, cuja maior obra foi a oportunidade de toda uma sociedade sair da inércia ou temor e ir às ruas e outros espaços públicos manifestar sua indignação e repúdio as ações impostas pelo poder vigente. Fato que não encontra sua terminalidade, porém, é um processo que persistiu nos anos posteriores ampliando sua teia de discussões, demonstrando que o debate sobre participação social, nesse caso na saúde, não se esgota com as leis 8.040/90 e 8.142/90 que tratam do SUS e participação da comunidade, mas apenas referendam um processo contínuo de debates e novas proposições.

2. A cidade de Valença e seu contexto de participação social

A cidade de Valença em 1985 de acordo com as fontes consultadas para a pesquisa, tinha uma expressiva mobilização social e que, por meio das associações de bairro, discutia sobre as questões de saúde pública entre outras temáticas e era fortalecida a partir do Conselho Municipal das Associações de Bairro de Valença. Com um perfil extremamente atuante, questionador e com um forte poder de mobilização social o conselho estabeleciam suas reivindicações e tinham tanto uma base legal, como também um reconhecimento por parte da sociedade, instituições sociais e poder público. Essas ações serviram de base para fundamentar as reivindicações para criação do Conselho Municipal de Saúde.

As Atas do Conselho Municipal de Saúde e do Livro de Registro de Presenças entre 1996 e 2000, apontaram para uma explícita dificuldade do conselho de saúde em se relacionar com o poder público municipal e muitas vezes de conhecer seu próprio papel enquanto,

um espaço de lutas entre interesses contraditórios pela diversidade de segmentos da sociedade nele representados. Desta forma, constituem-se em espaço contraditório em que, de um lado, pode formar consenso contrarrestando os conflitos iminentes ao processo de acumulação do capital e, de outro, pode possibilitar aos segmentos organizados na sociedade civil que representam as classes subalternas, defenderem seus interesses em torno da política de saúde (CORREIA, p. 127: 2008).

A participação popular em saúde foi sendo solidificada aos poucos. Frente às dificuldades, ainda assim não deixou de se organizar na busca por sua ampliação e definição dos papéis. Após a criação do SUS e das Leis 8.080/90 que regulamenta e dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes; e, da 8.142/90 que trata sobre as formas de participação da comunidade através de instâncias colegiadas – Conferências de Saúde e Conselhos de Saúde houve uma modificação no processo de participação social, dando espaço para novas expressões de luta pela saúde. Considerando o princípio de que é papel do Estado garantir o acesso igualitário e universal às ações e aos serviços de saúde, nota-se que a participação social fora institucionalizada.

Essa discussão intensifica a importância da participação social, ainda que por outro viés, e sua própria articulação com outras organizações sociais. Dessa forma, o processo de entrevistas foi iniciado no primeiro semestre de 2012. A proposta era entrevistar um representante de cada segmento, ou seja, usuários, trabalhadores da saúde, prestadores de

serviços públicos e privados. Em função de dezesseis anos terem passado, alguns ex-membros demonstraram um pouco de resistência e recusaram a participação alegando ter passado muito tempo e não lembrarem mais do que ocorreu. Dessa feita, o único segmento que não foi representado na pesquisa aqui descrita de forma resumida, foi o dos prestadores de serviço, visto o entrevistado ter concordado com a entrevista, mas não ter comparecido no local previamente agendado algumas vezes.

Houve então a reformulação dos critérios para escolha dos entrevistados, sendo adotada como nova proposta: entrevistar representantes de segmentos da época que ainda hoje continuam articulados com as questões de saúde direta ou indiretamente. Assim, representando em 1996 o segmento dos trabalhadores da saúde junto ao conselho, João Gameiro Miragaya, médico ortopedista, que ainda atua na área da saúde. Destacou-se na presidência da comissão relatora do Regimento Interno em 1996. Durante a entrevista deixou claro seu envolvimento com a política partidária petista, relatou ter sido secretário de saúde no município de Itaguaí e hoje não é membro do CMS; embora não tenha deixado sua militância partidária.

O segmento dos usuários do Sistema Único de Saúde era representado por Ney Fernandes. Diferente do entrevistado anterior milita junto aos movimentos sociais desde 1984, tendo sua principal atuação junto ao Conselho Municipal das Associações de Moradores, onde quase sempre foi oposição ao governo. Sua formação é em Ciências Contábeis e até hoje trabalha em seu escritório no centro da cidade de Valença. Por ter um discurso e prática muito reivindicatórios, acabou despertando a antipatia de alguns adversários políticos. Sua atuação no CMS pode ser avaliada segundo as Atas, como questionadora e mobilizadora. O que de certa forma poderia promover algum desconforto para representantes, em especial ao segmento do governo. Foi membro do conselho até 2012, tendo se ausentado pouquíssimas vezes durante 16 anos.

E finalmente a representante do governo, Elisa Maria Amorim da Costa que em 1996 era Secretária Municipal de Saúde e atuava como presidente do Conselho Municipal de Saúde também. Desde a criação do Conselho, também se ausentou poucas vezes, e quando entrevistada em 2012 representava o segmento dos trabalhadores da saúde. Sua forma de apresentar as questões de saúde pública do município e o papel do conselho deixou claro que

ainda que representasse em 2012 o segmento dos trabalhadores da saúde, seu posicionamento declarou sua estreita relação com a condição de gestora na saúde.

O interessante ao analisar o posicionamento de cada entrevistado, são as singularidades dos discursos em virtude do segmento que cada um representava ou ainda representa. João Miragaya na verdade foi o que menos falou durante a entrevista. Sobre o Conselho de Saúde de Valença realmente não acrescentou muito, pois alegou lembrar-se de pouca coisa. Entretanto, afirmou que a sociedade não é participativa. Na maioria das vezes ela desconhece os seus direitos, e que esse é um grande problema para a evolução dos conselhos de saúde não só em Valença, mas em qualquer lugar do território nacional. A participação da população ainda não é efetiva, declarou.

Maria Elisa iniciou a entrevista fazendo uma retrospectiva da década de 1980, dissertou sobre as instituições de saúde e como os movimentos sociais se envolveram. Todavia, manteve um discurso linear. Em todo o tempo buscou ser conciliadora, não destacou nenhuma representação social em especial, mas a importância da sociedade civil como um todo; e não se posicionou criticamente a nenhum segmento político partidário. O que é compreensível visto 2012 ser um ano eleitoral e Elisa ter uma estreita ligação com a política.

Já a entrevista com Ney Fernandes foi a mais longa. O posicionamento de quem milita em movimentos sociais mostrou-se bem diferenciado. Foi notório seu envolvimento há décadas tanto junto à associação de moradores, como ao conselho municipal de saúde. Em nenhum momento deixou de tecer críticas ao sistema de saúde e sua gestão municipal, sempre fundamentando seus argumentos. Mesmo fora do Conselho Municipal de Saúde continua sendo um articulador de renome. Até hoje é procurado em seu escritório para orientar seja algum presidente de associação de moradores, seja sindicalista, conselheiro de saúde e outros. Com uma paixão explícita pelos debates sobre participação social e sua efetividade, durante toda a entrevista ratificou seu interesse em continuar com a militância.

Em relação ao grau de envolvimento e participação dos conselheiros de saúde entre os anos de 1996 e 2000, o gráfico abaixo apresenta como era flutuante essa participação e ao relacionar o Livro de Registros de Presença e as Atas desse período, ficou explícita sua vinculação com a pauta proposta para os debates.

ANO	Total	de	Participantes	Trabalhadores	Governo	Prestadores	Usuários	Participantes
-----	-------	----	---------------	---------------	---------	-------------	----------	---------------

	reuniões com presença registrada	por reunião (média)	do SUS		De Serviço		sem representação no CMS
1996	17	20.35	1.76	2.88	1.82	10.52	1.94
1997	15	17.66	0.93	2	1.8	10.73	2.2
1998	14	16	0.21	4.28	2.07	9.28	0.14
1999	11	18	0.54	3	2.72	10.63	1.09
2000	12	20.92	1.84	4.30	2.38	11.61	0.76

Fonte: Dados extraídos a partir do Livro de Registro de Presença nas reuniões do Conselho Municipal de Saúde de Valença.

Uma perspectiva que merece destaque foi o número de substituição de representantes por segmento. No primeiro ano de funcionamento do CMS em quase todas as reuniões isso ocorria. Fato relacionado com o baixo conhecimento do papel do conselheiro de saúde. O que não é de se estranhar, visto na ocasião não ser oferecido nenhum curso de capacitação, muito menos uma plenária para que fosse discutido esse papel conforme as fontes consultadas. Apenas na reunião da comissão responsável por elaborar o regimento interno é que o papel do conselheiro de saúde foi discutido com base na lei 8.142/90.

A partir das fontes, pode-se notar o segmento dos trabalhadores da saúde apresentaram uma baixíssima participação. Os indicadores apontam para uma desmobilização das categorias profissionais atuantes na área; se comparado ao que ocorreu nos grandes centros urbanos no mesmo período, cuja participação era maciça. A luta em defesa da saúde ocorria mais de forma isolada do que coletiva.

Já o segmento dos usuários realmente teve uma expressiva participação. No entanto, somente por meio das representações sociais. No decorrer dos anos, diversas instituições foram cadastradas, tornando o CMS mais crítico e de certa forma fortalecido. Os membros representavam o interesse de seu grupo ou instituição que era fundamentada por um movimento reivindicatório ativo. A criação do conselho despertou na sociedade civil organizada a oportunidade de ser ouvida e vista em suas diversas perspectivas, não mais restritas apenas a grupos com favorecimento político. O exemplo disso a própria política de saúde antes da criação do conselho era precária, sem acessibilidade e dependia muito mais de 'quem e pra onde indicava o tratamento' do que propriamente de um direito adquirido. Sem dúvidas a criação do Sistema Único de Saúde representou não só para Valença, como para

todos os demais municípios brasileiros, um destacado avanço no que se refere aos direitos sociais.

A discussão sobre o segmento prestador de serviço sofreu pequenas alterações no período, sendo registrada a presença nas reuniões de acordo com a pauta proposta. Quando envolvia repasse de verbas e discussões orçamentárias a participação era maior conforme constatado nas atas do CMS. Não diferente dos representantes do governo cuja pauta do dia determinava um maior ou menor número de representantes.

Se em todo o período pesquisado houve certo equilíbrio entre os prestadores de serviços do governo e da iniciativa privada, o ano 2000 destacou-se pela maior representação governamental. Isso não foi apenas por conta das votações orçamentárias, mas por ser o último ano de mandato. Sendo um ano eleitoral, havia todo um esforço para que as contas públicas na saúde fossem aprovadas em tempo hábil para evitar problemas futuros.

Outro dado a ser considerado, é o ano de 1998, pois expressa uma queda na presença do segmento dos usuários. Poderia parecer um possível esfriamento em termos de participação, mas as atas consultadas nesse período ainda expressaram pautas significativas, com ênfase nas reivindicações e nos processos fiscalizadores. OU seja, as fontes não apresentam explicitamente uma justificativa para essa queda de presença nas reuniões.

Finalmente, o ano 2000 apontou para um visível esvaziamento da participação popular. Ainda que o gráfico indique uma elevação da presença dos segmentos dos usuários e governo, o conteúdo das atas não indica o mesmo nível de problematização e reivindicação presentes no ano da implantação do CMS em 1996. A comunidade fora dos grupos representativos também não freqüentava mais as reuniões. Fato que sugere o próprio enfraquecimento dos objetivos e propostas para justificar a existência do conselho. Pois, apenas votar relatórios e aprovar orçamento é somente uma das prerrogativas dos conselheiros de saúde e não expressam totalmente sua atuação.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Muitos ainda são os entraves para uma efetiva participação e controle social na saúde. Como afirma Escorel, “... foram criados mecanismos, instâncias de participação, mas a

cultura política não foi modificada” (p. 236, 2010). A década de 1990 se encerra apontando para questões antigas e contemporâneas sobre as novas configurações de participação social, constituindo ‘novas arenas de lutas’ como trata Gohn (2003), mas que não esgotam as possibilidades de rearranjos políticos e democráticos.

A partir dessa perspectiva, é possível identificar atores que se destacaram na construção e legitimação da participação da sociedade civil organizada em Valença.

Em relação ao Conselho Municipal de Saúde talvez a leitura das atas das reuniões do conselho no período de quatro anos foi um trabalho exaustivo e que por certo dá margem para novos trabalhos. Se for pinçada a perspectiva de cada segmento durante as reuniões, análises bem interessantes poderão ser realizadas. Como o objetivo inicial era conhecer o envolvimento dos segmentos no debate sobre saúde, o posicionamento da sociedade civil foi o mais expressivo. Ela é que, por meio de suas diversas representações questionava, discutia e reivindicava os principais assuntos. Infelizmente, houve um esvaziamento nos anos de 1998 e 1999 da representação dos trabalhadores da saúde. Só em 2000 voltou a participar quando alguma proposta do governo precisava ser votada. O que difere das primeiras reuniões em 1996 cuja participação era expressiva.

O que é possível analisar a partir de então, é que esse segmento poderia utilizar os espaços democráticos para exercerem seus direitos, no entanto, como relatou Elisa Maria, os trabalhadores da saúde só se mobilizavam quando o assunto poderia interferir nos salários e empregos da categoria.

O segmento dos prestadores de serviço, sejam públicos ou privados, também tiveram participação durante as reuniões. Mas o livro de registros também responde a essa questão. Eram sempre as mesmas participações com os mesmos representantes.

Ao que parece, a criação do conselho de saúde tanto em Valença como em outros municípios não ocorreu rapidamente devido à sua nova proposta organizativa e democrática. Entretanto, é possível considerar que a legitimação do controle social na saúde, passa por questões bem mais amplas. Não é um bate papo ou tapinha nas costas que define a função de um conselheiro. Em 1996, já haviam sido publicadas diversas Normas Operacionais Básicas, que direcionavam tanto o funcionamento do SUS, o repasse de verbas, a descentralização do Estado, a responsabilidade dos municípios e o fundamental papel dos conselhos de saúde

exercendo o controle social. Já não era tão simples assim. Minimizar esse processo é como camuflar o real significado e impacto de uma participação social efetiva, democrática e transparente.

Assim, treze anos depois do fim período de pesquisa proposto, o controle social sofre uma pesada influência de segmentos políticos da cidade de Valença, muitas vezes inviabilizando outras formas de representação social. Entre avanços e retrocessos, o controle social na saúde ainda será pauta por muito tempo, não só dos debates populares ou técnicos. O Sistema Único de Saúde sugere muitos ajustes e frente ao posicionamento da sociedade civil organizada, poderá ou não efetivar um direito que antes de ser social, é constitucional.

Os registros historiográficos apontam para um percurso que não foi breve, e, ainda escreve e reescreve suas linhas no contexto dos movimentos sociais, que antes mesmo de serem reivindicatórios, são a nítida expressão de uma sociedade civil cuja marca não pode ser encontrada no silêncio, mas no discurso daqueles que lutam pela saúde não apenas como um direito social, mas como direito à vida.

A participação social na saúde tem sido um tema muito explorado por pesquisadores de diversas áreas do conhecimento. Isso não é novidade. Mas dar visibilidade ao contexto e realidade das cidades do interior é um passo que acredito, deva ser seguido. A riqueza que as fontes trazem aos novos rumos investigativos. A história sendo construída e reconstituída a partir de novas análises, novos olhares. Dar vida a personagens esquecidos pelo tempo ou camuflados por outros acontecimentos contemporâneos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ARÓSTEGUI, J. **A pesquisa histórica: teoria e método** / Julio Aróstegui; tradução Andréa Dore; revisão técnica José Jobson de Andrade Arruda. – Bauru, SP: Editora DUSC. 2006.

BLOCH, R. A., ESCOREL, S. As Conferências Nacionais de Saúde na Construção do SUS in LIMA, N. T. et al. **Saúde e Democracia: história e perspectivas do SUS**. Rio de Janeiro, Fiocruz, 2005.

BOSCHETTI, Ivanete; SALVADOR, Evilásio. O Financiamento da Seguridade Social no Brasil no Período 1999 a 2004: Quem Paga a Conta? in: Mota, Ana Elizabete et al. **Serviço**

Social e Saúde. 3. ed. São Paulo: Cortez; Brasília >DF: OPAS, OMS, Ministério da Saúde, 2008.

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

_____Lei nº. 8.080, 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. <http://www.saude.gov.br/legislação>>. Acesso em 13 mar. 2011.

_____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 de saúde e dá outras providências. <http://www.saude.gov.br/legislação>. >. Acesso em 13 mar. 2011.

BRAVO, M. I. S. **A política de saúde na década de 90: projetos em disputa.** *Superando desafios – Cadernos do Serviço Social do Hospital Universitário Pedro Ernesto*. Rio de Janeiro: UERJ/HUPE, v. 4, 1999.

_____ Política de Saúde no Brasil in: Mota, Ana Elizabete et al. **Serviço Social e Saúde.** 3. ed. São Paulo: Cortez; Brasília >DF: OPAS, OMS, Ministério da Saúde, 2008.

CARVALHO, A. I. **Conselhos de Saúde no Brasil: participação cidadã e controle social.** Rio de Janeiro: Fase/Ibam, 1995.

CARVALHO, J. M. **Cidadania no Brasil: o longo caminho.** 15ª ed. Rio de Janeiro. Civilização Brasileira, 2012.

CHALHOUB, Sidney. **Cidade Febril: cortiços e epidemias na Corte imperial.** São Paulo, Companhia das Letras, 1996.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE (Brasil). Resolução nº. 33 de 23 de dezembro de 1992. Aprova o documento “**Recomendações para a constituição e estruturação dos conselhos estaduais e municipais de saúde.**” <http://www.conselho.saude.gov.br>. >. Acesso em 13 mar. 2011.

CORREIA, M. V. C. Controle Social na Saúde in: Mota, Ana Elizabete et al. **Serviço Social e Saúde.** 3. ed. São Paulo: Cortez; Brasília >DF: OPAS, OMS, Ministério da Saúde, 2008.

GOHN, M. G. **Movimentos Sociais e redes de mobilizações civis no Brasil contemporâneo**. Petrópolis: Vozes, 2010.

HOCHMAN, G. (org.) **Políticas Públicas no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007.

LIMA, N. T. et al. **Saúde e Democracia: história e perspectivas do SUS**. Rio de Janeiro, Fiocruz, 2005.

LUZ, M. T. As Conferências Nacionais de Saúde e as Políticas de Saúde na década de 80. In: Guimarães, R. & Tavares, R. (Orgs.). **Saúde e Sociedade no Brasil: anos 80**. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 1994.

MENEZES, A. M. **Momento brasileiro: do fim do regime militar à eleição de Lula**. Rio de Janeiro: Gryphus, 2006.

MENICUCCI, T. M. G. **Público e Privado na Política de Assistência à Saúde no Brasil: atores, processo e trajetória**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2007.

PAIM, J. S. **Reforma sanitária brasileira: contribuição para a compreensão e crítica**. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008.

SANTOS, R. B. **Movimentos sociais urbanos**. São Paulo: UNESP, 2008.

SKIDMORE, Thomas E. **Brasil: de Getúlio Vargas a Castelo Branco (1930-1964)**. Rio de Janeiro: Editora Saga, 1969.