

Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz



Instituto de Comunicação e Informação
Científica e Tecnológica em Saúde

Marcela Vieira da Silva

Comunicação, informação e controle social:

um estudo sobre a Gestão Participativa no TEIAS-Escola Manguinhos

Rio de Janeiro

2014

Marcela Vieira da Silva

Comunicação, informação e controle social:

um estudo sobre a Gestão Participativa no TEIAS-Escola Manguinhos

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Informação, Comunicação e Saúde (Icict), para obtenção do grau de Mestre em Ciências.

Orientador: Prof^oDr^o Valdir Castro Oliveira

Rio de Janeiro

2014

Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica- ICICT Fiocruz

Marcela Vieira da Silva

Comunicação, informação e controle social:

um estudo sobre a Gestão Participativa no TEIAS-Escola Manguinhos

Aprovado em _____ de _____ de _____

Banca Examinadora:

Orientador Prof^o Dr. Valdir Castro Oliveira

Membro interno Prof^a Dr^a. Adriana Kelly Santos

Membro externo Prof^o Dr Cornelis Jhoannes Van Stralen

Suplente interno Prof^a Dr^a. Kátia Lerner

Suplente externo Prof^o Dr Gilberto Antônio Reis

Dedico este trabalho

Às mulheres da minha vida Vó Lígia (*in memoriam*) e minha mãe Sônia (*in memoriam*), meus
eternos anjos da guarda e a quem devo o que me tornei como pessoa hoje.
A todos aqueles que se dedicam, lutam e acreditam que a participação social no SUS é
possível.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente a Deus pelas oportunidades diárias de aprender com os erros e acertos, enquanto permaneço neste plano. Sem essa força superior esta caminhada seria inviável;

À Fiocruz por me mostrar o SUS e por me acolher como profissional e aluna, contribuindo substancialmente com meu crescimento profissional e pessoal;

Ao corpo de professores e de profissionais da Secretaria Acadêmica do PPGICS/ICICT/Fiocruz pela atenção, cuidado e dedicação sem tamanho;

Ao meu sempre querido mestre e orientador prof^oValdir Castro Oliveira pelo apoio, aprendizado, generosidade e incentivo em todos momentos;

À turma do Mestrado PPGICS/ICICT/Fiocruz 2012, pessoas fantásticas com as quais tive a grata oportunidade de aprender e também de me divertir durante as brechas de tempo que surgiam. Em especial às “bolitas” Berenice e Clarisse Cavalcante pelos ouvidos sempre à disposição e pelas palavras de carinho e motivação;

Aos cidadãos-usuários e trabalhadores das equipes de ESF da Clínica da Família Victor Valla e do CSE-Manguinhos que colaboram e participaram da pesquisa de campo, em especial aos Agentes Comunitários de Saúde, cujo auxílio foi fundamental durante a pesquisa de campo. Aos conselheiros do Conselho Gestor Intersetorial pela disponibilidade em participar. Sem este conjunto de atores este trabalho não seria possível;

À minha querida equipe de trabalho, sem a qual não seria possível me dedicar a este curso com a tranquilidade necessária. Em especial ao João Quental e ao João Barbosa, chefias que possibilitaram que este objetivo e este sonho se concretizassem. À Jeanine pelo apoio e ouvido sempre a postos, à Daniela pela leveza e risadas, à Tatiane pelo carinho, à Diana e Andreza pela ajuda sem precedentes e ao José Augusto e Regina que desde sempre acompanharam esta jornada e torceram por mim;

Aos queridos amigos “cachorreiros” ou não, que antes e durante este período estiveram ao meu lado, compreendendo minha ausência e silêncio em várias ocasiões, mas que sempre emanaram energias positivas para mim. Em especial à Kátia Cristina, amiga de longa data;

Ao meu querido grude e amigo J.C.Portella pela torcida e incentivo sem limites;

Ao meu amor, companheiro de jornada, amigo, cúmplice e namorado Daniel Ferreira pela dedicação, força e profunda paciência neste período;

Finalmente, aos meus irmãos e única família Fábio e Priscila, e ao anjo de quatro patas que durante meus dias e noites de estudo em casa, sempre esteve ao meu lado compartilhando pacientemente minha atenção com os livros. Minha flor Margarida, minha eterna companheira que hoje já não está mais comigo, mas que sempre permanecerá no meu coração e no meu pensamento.

Porque a vida só se dá...
Pra quem se deu
Pra quem amou
Pra quem chorou
Pra quem sofreu

Vinícius de Moraes

RESUMO

Trata-se de um estudo descritivo de caráter exploratório com abordagem qualitativa sobre o exercício do controle e da participação social, sob a ótica da comunicação e informação em saúde, no TEIAS-Escola Manguinhos, iniciativa que visa a reorganização das ações de assistência à saúde no Complexo de Manguinhos. Esse estudo foi realizado junto a duas equipes de Estratégia de Saúde da Família (ESF), uma alocada na Clínica da Família Victor Valla (CFVV) e a outra no CSE-Manguinhos. O objetivo foi analisar como os processos de comunicação foram utilizados no TEIAS-Escola Manguinhos no período de 2010-2012 para ampliar o controle social e a gestão participativa no território. Foram convidados a participar os usuários dos serviços, trabalhadores e gestores inseridos na iniciativa TEIAS-Escola Manguinhos. Foram analisados os documentos do Conselho Gestor Intersetorial (CGI) do TEIAS-Escola Manguinhos e da Ouvidoria Geral da Fiocruz, espaços de controle e participação social disponíveis na iniciativa. Os demais dados foram obtidos a partir de entrevistas semiestruturadas com gestores, representantes dos trabalhadores e usuários do CGI, e a aplicação de um questionário junto aos usuários e trabalhadores de duas equipes de ESF. A questão central deste trabalho foi mostrar que a prática do controle da participação e social na saúde dificilmente poderá ser exitoso, se continuar a ser conhecido e exercido somente por um extrato dos usuários, gestores e trabalhadores do SUS. E isso não se consolida sem a contribuição da comunicação e da informação. O trabalho em tela também considerou importante abordar as ações de mobilização social, enquanto auxílio à prática do controle social de forma ampliada pelo território. Essa ação possibilitaria uma discussão focada na formulação e no encaminhamento de propostas, com vistas a dirimir os problemas locais no tocante à saúde. A conclusão apontou para a necessidade das ferramentas de comunicação ofertadas pelo TEIAS-Escola circularem mais amplamente pelos usuários e trabalhadores do território, assim como, a adoção de modelos de comunicação mais dialógicos e inclusivos que facilitem os processos de intervenção social tal como o TEIAS-Escola.

Palavras-chave: saúde, comunicação, mobilização, controle e participação social.

ABSTRACT

This is a descriptive exploratory study with a qualitative approach to the exercise of control and social participation, from the perspective of communication and health information, in - TEIAS – Escola Manguinhos, initiative aimed at the reorganization of healthcare actions in Complexo de Manguinhos. This study was conducted with two teams from the Family Health Strategy (FHS), one in Family Clinic Victor Valla (CFVV) and the other in CSE-Manguinhos located in CSEGSF's physical space. The objective was to analyze how processes of communication were used in TEIAS – Escola Manguinhos between 2010-2012 in order to expand the social control and participatory management in the territory. Service users, workers and managers inserted in TEIAS –Escola Manguinhos initiative were invited to participate. Intersectoral Management Council (CGI) of TEIAS - Escola Manguinhos meeting minutes and reports from Ouvidoria Geral da Fiocruz, spaces of social control and participation available in the initiative, were analyzed within 2010-2012 time period. Other collection techniques used were structured interviews with management members, workers representatives and users of the CGI, and the application of a questionnaire on users and workers from two teams of Family Health Strategy (FHS) in the clinics mentioned. The central question of this study was to show that the exercise of control and social participation in Healthcare can hardly be successful if it continues to be known and exercised only by an extract of users, managers and employees of the UHS. Social participation in Healthcare certainly is the way to ensure a just, comprehensive and equitable Healthcare in everyday practical services. This cannot be accomplished in practice without the contribution of information and communication. This study also considered important to address the issue of social mobilization because it is essential to put into practice the exercise of social control in the territory in an amplified way. In the case of TEIAS – Escola Manguinhos, the broader participation of the residents would enable a focused discussion on the formulation and submission of proposals, in order to solve local problems primarily in regard to Healthcare. The conclusion pointed to the need of communication tools offered by TEIAS – Escola Manguinhos to circulate more widely among users and workers in the territory, as well as the adoption of more dialogic and inclusive communication models in order to facilitate social intervention processes such as TEIAS – Escola Manguinhos.

Keywords: health, communication, mobilization, control and social participation.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

QUADRO 1 – Ouvidoria: aspectos históricos no Brasil e no mundo.....	33
QUADRO 2 – Os princípios do SUS e a comunicação.....	48
QUADRO 3 – Os modelos comunicação e suas principais características.....	55
QUADRO 4 – Descrição dos tipos de contexto.....	60
FIGURA 1 – Representação dos contextos para um modelo comunicativo.....	59
FIGURA 2 – Representação do Modelo Mercado Simbólico.....	60
FIGURA 3 – Esquema de organização do TEIAS-Escola Manguinhos.....	76
FIGURA 4 – Delimitação do espaço geográfico das localidades do Complexo de Manguinhos.....	79
FIGURA 5 – Delimitação do espaço geográfico das equipes de ESF em Manguinhos.....	80
QUADRO 5 – Distribuição das localidades de Manguinhos por clínicas no TEIAS-Escola.....	77
GRÁFICO 1 – Manifestações à Ouvidoria Fiocruz por unidade.....	90
GRÁFICO 2 – Evolução de manifestações do TEIAS-Escola Manguinhos à Ouvidoria.....	95
QUADRO 6 – 1ª reunião do CGI e manifestações à Ouvidoria no período.....	96
QUADRO 7 – 2ª reunião do CGI e manifestações à Ouvidoria no período.....	97
QUADRO 8 – 3ª reunião do CGI e manifestações à Ouvidoria no período.....	99
QUADRO 9 – 4ª reunião do CGI e manifestações à Ouvidoria no período.....	100
QUADRO 10 – 5ª reunião do CGI e manifestações à Ouvidoria no período.....	101
QUADRO 11 – 6ª reunião do CGI e manifestações à Ouvidoria no período.....	102
QUADRO 12 – 7ª reunião do CGI e manifestações à Ouvidoria no período.....	103
QUADRO 13 – 8ª reunião do CGI e manifestações à Ouvidoria no período.....	105
QUADRO 14 – 9ª reunião do CGI e manifestações à Ouvidoria no período.....	107
QUADRO 15 – 10ª reunião do CGI e manifestações à Ouvidoria no período.....	110
QUADRO 16 – 11ª reunião do CGI e manifestações à Ouvidoria no período.....	111
QUADRO 17 – 12ª reunião do CGI e manifestações à Ouvidoria no período.....	113
QUADRO 18 – 13ª reunião do CGI e manifestações à Ouvidoria no período.....	115

LISTA DE TABELAS

TABELA 1. Categorização das atas de reunião do CGI por tipo de público.....117

TABELA 2. Resultados dos formulários de perguntas usuários TEIAS-Escola....130

SUMÁRIO

Introdução	13
-------------------------	----

Capítulo 1

Os espaços de Participação e Controle Social no SUS.....	20
1.1) Os conselhos de saúde e as conferências de saúde.....	21
1.2) As Ouvidorias como instrumento de auxílio à gestão participativa no SUS.....	32

Capítulo 2

Participação, Comunicação, Informação e Saúde.....	47
2.1) Os princípios do SUS e a comunicação.....	48
2.2) Comunicação e Informação: suas interfaces com Controle e a Participação Social no SUS.....	50
2.3) Mobilização, comunicação e participação em saúde.....	69

Capítulo 3

TEIAS-Escola Manguinhos: a proposta de um atendimento em saúde integral e equânime em Manguinhos.....	73
3.1) O Conselho Gestor Intersetorial de saúde (CGI) como mecanismo de participação e controle social no TEIAS.....	82
3.2) A ouvidoria como instrumento de participação e gestão no TEIAS-Escola Manguinhos.....	84
3.3) A importância da comunicação e informação no TEIAS-Escola Manguinhos.....	85

Capítulo 4

4.1) Percurso Metodológico.....	90
4.1.1) A Análise documental.....	94
4.1.2) A Entrevista semiestruturada.....	94
4.1.3) O Formulário de perguntas.....	95
4.2) Resultados e Análise dos dados coletados.....	95

4.2.1) Análise dos documentos CGI e Ouvidoria.....	95
4.2.2) Entrevistas integrantes CGI.....	119
4.2.3) Formulário de perguntas trabalhadores e usuários.....	127

Capítulo 5

Considerações finais.....	141
---------------------------	-----

Referências

Anexos

INTRODUÇÃO

O ano de 2013 sempre será ser lembrado como emblemático no tocante ao tema da participação social. Isto pode ser exemplificado após os acontecimentos ocorridos em meados de junho, quando a partir do estado de São Paulo, começou a se espriar pelo país uma série de manifestações em razão do aumento das passagens de ônibus. O país foi contagiado por uma onda de protestos, visto com esta mesma intensidade somente na campanha “Diretas Já”, ocorrida no ano de 1989. Mas o movimento de 2013 teve suas peculiaridades em comparação ao anterior. Uma delas é pelo fato das manifestações ocorridas não reunirem os elementos suficientes de uma ação de mobilização social nos moldes das ideias preconizadas pelo autor Bernardo Toro, que serão mais aprofundadas ao longo deste trabalho de pesquisa. Outra questão em relação ao movimento de 2013 remete-se à ocorrência de atos violentos e de depredação de órgãos públicos e privados, que resultaram em fortes intervenções de um Estado que se diz democrático de direito. Além disso, estas manifestações provocaram nos meios de comunicação intensas discussões que tinham como alvo tanto a necessidade de encontrar respostas quanto ao seu futuro, como entender e justificar o comportamento do nosso povo que possui conhecida fama de ser pacífico. Para ilustrar um pouco essa visão recorro ao seguinte trecho extraído do livro *Raízes do Brasil* de Sérgio Buarque de Holanda.

Ostensivamente ou não, a idéia que de preferência formamos para o nosso prestígio no estrangeiro é de um gigante cheio de bonomia superior para com todas as nações do mundo. [...] Não ambicionamos o prestígio de país conquistador e detestamos notoriamente as soluções violentas. Desejamos ser o povo mais brando e mais comportado do mundo.
(HOLANDA, 2011, p.177)

Contudo, com o passar do tempo esta comoção da sociedade foi se arrefecendo, para concentrar-se em determinadas áreas e classes de trabalhadores, a exemplo dos professores de escolas públicas. E, neste momento, tomando como exemplo a área da educação, que no Brasil deveria ser tratada com mais esmero, não foi possível visualizar um apoio expressivo da sociedade em geral às reivindicações desta classe. Em virtude disso, é preciso levar em consideração que a experiência brasileira no tocante à participação social e as formas de participação direta e indireta da cidadania nas decisões sobre as políticas públicas, introduzidas com a Carta Cidadã de 1988, ainda vem pavimentando seu caminho para o efetivo exercício da democracia participativa (CORTES, 2009). Então, a questão posta para reflexão, versa sobre até que ponto a brandura do nosso povo, mencionada no trecho de Holanda, ainda

dificulta a construção desse caminho. De toda maneira, com relação aos atos ocorridos em 2013, é possível observar que uma de suas maiores lições reside na demonstração de que a sociedade em geral tem necessidade de ter sua voz considerada, não só o extrato formado por representantes de entidades civis organizadas. É possível notar que a sociedade não está satisfeita com os resultados das políticas sociais que os governantes vêm apresentando em várias áreas importantes desde a redemocratização do país. A prova disso é que os setores formados por grandes áreas como a segurança, a educação e a saúde vem sendo centro de críticas, devido à insatisfação gerada por resultados aquém do esperado.

O objetivo deste preâmbulo foi somente para deixar registrado que em paralelo aos fatos mencionados, o trabalho em tela começava a se delinear. Primeiramente, com a aprovação do projeto de pesquisa pela Banca de Qualificação do Programa de Pós-graduação do Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde (ICICT) Fiocruz e após isso, com a aprovação da realização do trabalho de campo pelo Comitê de Ética em Pesquisa. A temática escolhida para discussão foi o papel da comunicação e da informação no exercício do controle e da participação social no território de Manguinhos, utilizando como *locus* de pesquisa a iniciativa TEIAS-Escola Manguinhos.

A iniciativa TEIAS-Escola Manguinhos se apresentou como uma nova conformação para as ações de saúde no Complexo de Manguinhos. Uma das justificativas para tê-la como objeto de pesquisa foi em decorrência da atividade de trabalho na Ouvidoria Geral da Fiocruz, canal criado nesta instituição no ano de 2005. A aproximação com o público das unidades assistenciais da Fiocruz gerou questionamentos a respeito da procura assimétrica por este canal pelos usuários das principais unidades da instituição que prestam assistência: o Instituto Fernandes Figueira (IFF), o Instituto de Pesquisa Clínica Evandro Chagas (IPEC) e o TEIAS-Escola Manguinhos. Foi possível notar pela análise dos relatórios deste canal que apesar do TEIAS-Escola Manguinhos possuir um elevado quantitativo de usuários atendidos (37 mil pessoas), em comparação com as demais unidades da Fiocruz que prestam assistência, estes usuários são os que menos utilizam o serviço de Ouvidoria. Além da questão sobre a utilização da Ouvidoria pelos cidadãos-usuários da iniciativa TEIAS-Escola Manguinhos, outra justificativa para sua escolha como objeto de estudo foi motivada pelo interesse em aprofundar o conhecimento sobre como o estímulo à gestão participativa na saúde vem ocorrendo neste projeto, a partir da utilização das ferramentas de comunicação disponíveis, e da adesão ao Conselho Gestor Intersetorial TEIAS-Escola Manguinhos.

No ano de 2009 a proposta de Territórios Integrados de Atenção à Saúde (TEIAS) foi lançada pelo Ministério da Saúde e no ano de 2010, a Fiocruz assumiu a gestão da iniciativa

Território Integrado de Atenção à Saúde – TEIAS-Escola Manguinhos, através de uma cooperação entre o Governo Federal, e os governos estadual e municipal do Rio de Janeiro. Seu principal objetivo foi fazer com que o atendimento da Estratégia da Saúde da Família (ESF) cobrisse 100% do território de Manguinhos. Esta iniciativa possui 13 equipes de ESF que atuam na Clínica da Família Victor Valla (CFVV) e no Centro de Saúde Escola Manguinhos (CSE-Manguinhos), que funciona no espaço físico do Centro de Saúde Escola Germano Sinval Faria (CSEGSF/ENSP/Fiocruz). Além disso, o TEIAS conta com uma Unidade de Pronto Atendimento (UPA-Manguinhos) e um Núcleo de Apoio da Saúde da Família (NASF). Os mecanismos de controle e participação disponíveis no TEIAS-Escola Manguinhos são: Conselho Gestor Intersetorial (CGI), Colegiado Interno de Gestão (CIG), Ouvidoria Fiocruz e Ouvidoria da AP 3.1 (Prefeitura/RJ).

O aporte teórico utilizado na pesquisa para entender como os atores desta iniciativa – usuários dos serviços de saúde, trabalhadores das equipes de saúde da família e gestores – estão interagindo com os espaços de participação disponíveis, e de que maneira os recursos comunicacionais e suas respectivas estratégias vem sendo utilizados para estimular a gestão participativa foi fundamentado nas ideias de Araújo (2002), Cardoso (2006), Oliveira (2008) e Arendt (2010). A importância de compreender essa interação é por entender que a utilização adequada dos mecanismos de controle e participação social pode ajudar a promover no território de Manguinhos ações ampliadas de mobilização a favor da melhoria das condições de saúde e de vida da população. Por isso o trabalho em tela também considerou importante abordar a questão da mobilização social, devido este ato ser fundamental para colocar em prática o exercício do controle social de forma ampliada pelo território. Para isso foram utilizadas as ideias de Bernardo Toro (2005), que ao tratar deste tema já faz uma ponderação, ao apontar que o que torna um sujeito cidadão não é o fato de este possuir a carteira de identidade ou o título de eleitor, mas sua capacidade de modificar a ordem social (TORO, 2005, p.20). Assim, a ocupação dos espaços públicos para a prática da participação social pode ser compreendida como uma maneira de mudança nesta ordem.

A participação social, como um princípio organizativo do SUS, ainda possui muitos desafios a serem enfrentados para que se materialize no cotidiano dos serviços de saúde. Guizardi (2009) coloca que para discutir a participação política no SUS e pensar criticamente suas possibilidades, precisamos problematizar as opções e concepções que restringem sua operacionalização estritamente por meio de mecanismos de representação. Por isso propõe uma análise para que as possibilidades de participação política no SUS sejam remetidas ao cotidiano institucional da gestão, uma vez que entende que o princípio de participação da

comunidade diz respeito à constituição do próprio direito à saúde. Por isso é necessário haver um alinhamento entre o exercício do controle social e os processos de comunicação, para que as informações sobre saúde no território de Manguinhos ou no SUS como um todo, possam ser adequadamente vislumbradas por todos os atores que compõem e utilizam esse sistema.

Devido à temática deste trabalho de pesquisa estar relacionada ao exercício da participação social, não havia como descontextualizar sua elaboração dos acontecimentos mencionados no início desta introdução, pois ambos têm como característica o mesmo pano de fundo: em que medida a nossa sociedade está motivada e preparada para agir de forma mais mobilizada e participativa da vida política no nosso país e dos espaços onde ela acontece? Além disso, outro ponto é sobre como o controle e a participação social poderão se consolidar na prática sem a contribuição da comunicação e da informação. Estes dois saberes são responsáveis por dar visibilidade à práxis dos atores sociais e ao mesmo tempo, produzir compartilhamento de sentidos fazendo com que tudo o que vem a público possa ser visto, ouvido, e comentado por todos (OLIVEIRA, 2008; ARENDT, 2010). Assim, a situação problema elaborada como ponto central de investigação foi: *saber de que maneira os processos de comunicação foram utilizados para mediar a participação e facilitar o controle social no projeto TEIAS-Escola Manguinhos?* Diante disso, o objetivo geral do trabalho foi *analisar os processos de comunicação utilizados no Território Integrado de Atenção à Saúde - TEIAS-Escola Manguinhos para ampliar a gestão participativa e o controle social no território*. Para atender este objetivo, ele foi desdobrado nos seguintes objetivos específicos:

- 1) Avaliar a evolução das demandas registradas pelos usuários e trabalhadores do TEIAS-Escola Manguinhos na Ouvidoria Fiocruz e sua interface com os informes/assuntos discutidos no CGI no período de 2010-2012.
- 2) Analisar a frequência de participação entre titulares, suplentes e não membros nas reuniões do CGI TEIAS-Escola Manguinhos no período de 2010-2012.
- 3) Avaliar de que maneira as informações produzidas pelos mecanismos de controle social do TEIAS-Escola Manguinhos no período de 2010-2012 circularam entre os usuários, trabalhadores e gestores.

4) Analisar o conhecimento dos usuários e trabalhadores do TEIAS-Escola Manguinhos sobre as ferramentas de comunicação existentes no projeto para o exercício do controle e da participação social.

Por fim, com base nestas questões levantamos as seguintes hipóteses de pesquisa:

- Os atores que compõem o TEIAS-Escola Manguinhos utilizaram pouco os mecanismos de controle social (CGI, Ouvidoria Fiocruz e Ouvidoria AP 3.1), nos dois primeiros anos dessa iniciativa, por não considerarem que a interferência destes mecanismos possa ajudar a solucionar os problemas de atendimento à saúde no território.
- Os processos de comunicação utilizados pelos gestores do TEIAS-Escola Manguinhos foram insuficientes para difundir informações acerca do projeto e estimular a participação social pelos atores que compõem essa iniciativa.

A metodologia de pesquisa adotada consistiu de um estudo descritivo de caráter exploratório com abordagem qualitativa. Os participantes convidados a participar foram os usuários dos serviços, trabalhadores e gestores inseridos na iniciativa TEIAS-Escola Manguinhos. Quanto à técnica de coleta de dados para trabalhar com as atas de reunião do CGI e os relatórios da Ouvidoria, foi utilizada a análise documental com uma delimitação de tempo compreendida entre 2010-2012. As demais técnicas utilizadas foram entrevistas semiestruturadas com a gestão e membros do Conselho Gestor Intersetorial (CGI) do TEIAS-Escola Manguinhos, e a aplicação de um formulário de perguntas junto aos usuários e trabalhadores de duas localidades atendidas. Este formulário foi dividido em dois blocos, o primeiro continha perguntas que procuravam atestar junto aos participantes o conhecimento destes sobre os mecanismos de controle e participação social, e o segundo era composto por perguntas que procuravam atestar o nível de conhecimento sobre as ferramentas de comunicação disponíveis no TEIAS-Escola Manguinhos.

A dissertação está dividida em três capítulos teóricos, um capítulo com a descrição do percurso metodológico e dos resultados da pesquisa, e o último com as considerações finais sobre o trabalho. Como a pesquisa tratou de analisar sob o viés da comunicação e informação em saúde a prática da gestão participativa no TEIAS-Escola Manguinhos, para iniciar a fundamentação teórica o primeiro capítulo procurou expor os principais espaços de controle e de participação social no SUS – conselhos de saúde e conferências – fazendo um percurso desde a instauração destes, até a instituição de canais como as ouvidorias nas instituições

públicas brasileiras. Seu propósito foi trazer uma visão sobre a dinâmica de funcionamento destes mecanismos. Após conhecer estes espaços, no segundo capítulo a comunicação e a informação em saúde serão incorporadas à discussão, explicitando a importância da interação destes dois saberes nestes espaços para o efetivo exercício da gestão participativa. O ponto de partida para fundamentar a relação da saúde com a comunicação foi uma exposição sobre como esta vem se constituindo ao longo do tempo tomando como fio condutor os princípios do SUS, para demonstrar como estes balizam a prática comunicativa na saúde. Em seguida será explorado de forma mais detida a interface da comunicação e da informação, com a prática do controle e da participação social na saúde. Para alicerçar a discussão deste capítulo serão apontadas algumas críticas aos modelos tradicionais de comunicação, pois é importante considerar que as opções atualmente fornecidas por estes para trabalhar a comunicação em saúde, já não oferecem mais os subsídios necessários para atender as demandas atuais deste campo. Após isso será demonstrado o Modelo Mercado Simbólico, uma matriz comunicacional em rede, descentralizada e multipolar de representação da prática comunicativa nos processos de intervenção social que dão concretude às políticas públicas. Finalmente, a terceira parte deste capítulo tratará sobre a importância da mobilização social para auxílio ao processo de participação na saúde, com ênfase no TEIAS-Escola Manguinhos. O terceiro capítulo versará sobre a iniciativa TEIAS-Escola Manguinhos, que pode ser compreendida como uma intervenção social no território de Manguinhos por desenvolver no local uma reorganização das ações de saúde. Nesta seção do trabalho são explicitados os principais mecanismos de controle e participação social disponíveis nesta iniciativa, assim como, as ferramentas de comunicação ofertadas para prática da gestão participativa, ressaltando a importância de ambos para o TEIAS-Escola Manguinhos. O capítulo sobre o percurso metodológico tratará das técnicas de coleta de pesquisa e dos resultados obtidos após a aplicação das mesmas, encerrando com uma análise que buscou avaliar se os processos de comunicação utilizados no TEIAS-Escola Manguinhos estão auxiliando a ampliação do controle social e a prática da gestão participativa no território. Por fim, com base nos resultados obtidos, partindo de uma experiência local, as considerações finais propõem uma reflexão sobre o que se deseja de fato para a efetiva prática da gestão participativa, após estes vinte e cinco anos de criação do Sistema Único de Saúde (SUS). A discussão central deste trabalho girou em torno de mostrar que a prática do controle da participação e social na saúde dificilmente poderá ser exitoso se continuar a ser conhecido e exercido somente por um extrato composto por alguns usuários, gestores e trabalhadores do SUS. A participação social na saúde é certamente o caminho para a efetivação de uma saúde mais justa, integral e

equânime no cotidiano prático dos serviços, e isso não se consolidará na prática sem o aporte da comunicação e da informação.

Tratando especificamente do Rio de Janeiro acompanhamos, principalmente, pelos noticiários como funciona o cotidiano dos serviços públicos que são ofertados à sociedade, o que gera motivos para discussões acaloradas. Na área da saúde, mesmo com a criação do SUS, vemos emergir políticas centralizadoras e verticalizadas que nem sempre atendem de forma integral e equânime as necessidades dos usuários. Conforme dito por uma Agente Comunitária de Saúde (ACS) que participou da pesquisa em tela, “existe o SUS ideal e o SUS real” [sic]. E apesar de todos estes problemas cotidianos, não só no caso do Rio de Janeiro, nossa sociedade parece ser facilmente mobilizável, mas também facilmente desmobilizável, conforme aponta Demo (2008). Nossa emergência é de nos transformarmos em um povo participativo materialmente dos espaços públicos disponíveis, nos esforçando para contribuir e fazer parte das decisões políticas que afetam o cotidiano de todos. Contudo, mesmo com os projetos institucionais de participação constituídos após a redemocratização do país, ainda não se pode afirmar que os cidadãos se envolvem de forma importante e generalizada nas questões de interesse comum, são solidários, confiantes e tolerantes e se engajam em organizações cívicas que incorporam e reforçam esses valores (CORTES, 2009, p.177). No caso do TEIAS-Escola Manguinhos, a participação sedimentada na voz do cidadão-usuário dos serviços de saúde do território, possibilitaria uma discussão em prol de promover justiça social, em direção a formulação e o encaminhamento de propostas com vistas a dirimir os problemas locais.

CAPÍTULO 1

OS ESPAÇOS DE PARTICIPAÇÃO E CONTROLE SOCIAL NO SUS

No modelo de saúde proposto com a implantação do SUS, o controle social¹ pode ser alçado como uma forma de facilitar a participação da sociedade e um conceito político de fundamental importância, que pode ser empiricamente observável através da organização e funcionamento dos conselhos e conferências de saúde como fóruns instituídos pela Constituição Federal de 1988 e pela Lei Federal 8.142/90. Contudo, o Pacto pela Saúde (2006), um conjunto de reformas institucionais pactuadas entre as três esferas de gestão (União, estados e municípios) do SUS, com o objetivo de promover inovações nos processos e instrumentos de gestão, apontou que a participação e o controle social no SUS não deveriam ocorrer somente no âmbito dos conselhos e conferências de saúde, ou seja, não poderiam se esgotar nestes espaços. Desta forma, no eixo VII – Participação e Controle Social do Termo de Compromisso de Gestão, o Pacto destacou ações a serem desenvolvidas pelos gestores como: o apoio ao processo de mobilização social e institucional em defesa do SUS; a promoção junto a população em geral de ações de informação e conhecimento do SUS e a implantação e a implementação de ouvidorias nos municípios e estados, com vistas ao fortalecimento da gestão estratégica do SUS. (CEAP, 2009, p.31). Em virtude destas questões iniciais, o objetivo deste capítulo é tratar sobre as principais instâncias para a prática da gestão participativa no SUS. Primeiramente, é importante compreender a dinâmica de funcionamento destes espaços, para que no segundo capítulo o exercício do controle e da participação social

¹ Norberto Bobbio em seu Dicionário de Política (1998) entende que o ‘controle social’ é um conjunto de meios de intervenção, quer positivo ou negativo, acionados por cada sociedade ou grupo social a fim de induzir os próprios membros a se conformarem às normas que a caracterizam, de impedir e desestimular os comportamentos contrários às mencionadas normas. O controle social trouxe o pressuposto democrático da importância do direito e do dever da sociedade de interferir na gestão pública, colocando as ações do Estado na direção dos interesses e necessidades da população. Para Eduardo Stotz (2006) controle social é um termo polissêmico que, de certa forma, foi ressignificado fazendo com que se distanciasse de sua conceituação no âmbito das ciências sociais. O autor diz que no SUS o nascimento do termo “controle social” e a inflexão de seu significado ocorreriam em 1992, com a IXª Conferência Nacional de Saúde, após o estabelecimento da noção de que este passou a ter o sentido de um controle da sociedade sobre o Estado. Ao mesmo tempo em que ele é fortemente difundido pelos órgãos de participação do sistema, também sua utilização é muito discutida. A origem desse termo vem da sociologia, onde “é empregado para designar os mecanismos que estabelecem a ordem social disciplinando a sociedade e submetendo os indivíduos a determinados padrões sociais e princípios morais” Corrêia (2008). De acordo com o Dicionário de Educação Profissional em Saúde (2009), publicado pela Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio da Fiocruz, a expressão ‘controle social’ assegura a conformidade de comportamento dos indivíduos a um conjunto de regras e princípios prescritos e sancionados. A publicação aponta que na teoria política, o significado de ‘controle social’ é ambíguo, podendo ser concebido em sentidos diferentes a partir de concepções de Estado e de sociedade civil distintas, pois tanto é empregado para designar o controle do Estado sobre a sociedade quanto para designar o controle da sociedade (ou de setores organizados na sociedade) sobre as ações do Estado.

nestes seja analisado sob o viés da comunicação e informação em saúde. Ele está dividido em duas seções, a primeira irá tratar do funcionamento e atuação dos principais mecanismos de controle e participação social existentes no SUS – Conselho de Saúde (CS) e Conferência Nacional de Saúde (CNS) – e a segunda seção tratará das ouvidorias, partindo da criação deste canal nas instituições públicas até o momento atual.

1.1) Os conselhos de saúde e as conferências de saúde:

Os CS são órgãos colegiados e de caráter permanente que foram criados para propor, discutir, acompanhar, deliberar, avaliar e fiscalizar a implementação das políticas de saúde, mas que também atuam na formulação e proposição de estratégias e no controle da execução da política de saúde na instância federativa correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, cujas decisões devem ser homologadas pelo chefe do poder legalmente constituído em cada esfera do governo. Além disso, a resolução nº453/2012 que revogou a resolução nº333/2003, prevê que os conselhos de saúde devem fortalecer a participação e o controle social no SUS, mobilizar e articular a sociedade de forma permanente na defesa dos princípios constitucionais que fundamentam esta política de saúde. A participação da sociedade organizada no conselho de saúde se manifesta através dos representantes indicados, pelos respectivos segmentos/entidades: usuários, trabalhadores de saúde, do governo e prestadores de serviços de saúde, onde o presidente do conselho é eleito pelos membros deste, em reunião plenária. A composição deste fórum é pautada pelo princípio da paridade, com 50% de representação formada por usuários do SUS, 25% por trabalhadores da saúde e 25% de representação formada por representantes do governo e prestadores de serviços privados conveniados ou sem fins lucrativos.

Já as CNS, ocorrem a cada quatro anos, com a representação de vários segmentos sociais com o objetivo de avaliar a situação da saúde no país, sendo para isso, elaboradas proposições para a definição de diretrizes utilizadas na formulação das políticas de saúde. Este fórum é convocado pelo Poder Executivo ou de maneira extraordinária pela lei nº8142/90, ou ainda pelo conselho de saúde. As conferências estaduais e municipais de saúde realizadas em todo o país antecedem a CNS. Elas tratam dos mesmos temas já previstos para a etapa nacional e servem para discutir e aprovar propostas prévias que contribuam com as políticas de saúde e que serão levadas, posteriormente, para uma discussão mais ampla durante a CNS. As deliberações das CNS devem servir para orientar os governos na elaboração dos planos de saúde e na definição de ações que sejam prioritárias nos âmbitos estadual, municipal e nacional. Mas de acordo com o próprio Conselho Nacional de Saúde (2009), o volume de

resoluções das conferências de saúde é crescente sem, todavia, verificar seu desdobramento na organização e na operacionalização do sistema de saúde. Tal constatação pode indicar a necessidade de uma maior qualificação do trabalho dos mecanismos de controle social, principalmente daqueles que funcionam bem próximo à ponta dos serviços, como é o caso dos conselhos locais, pois conforme chamam atenção Sposati e Lobo (1992, p.10) “os momentos de reunião dos conselhos não podem ser simples conversas que não penetram a instituição”, e para que isso não ocorra os atores e as instituições que fazem parte deste processo, devem estar atentos à função destes espaços de participação. O termo participação vem sendo massivamente utilizado pela nossa sociedade e em suas instituições sem, contudo, haver na prática um estímulo genuíno para seu exercício no âmbito dos espaços públicos, e isso faz com que o uso deste termo possa ser classificado como uma *buzzword*[1] (IPEA, 2010, p.285), sendo bem sucedida no discurso, porém, estando muito aquém do ideal na prática cotidiana das pessoas e instituições.

Ao longo de todo esse período de institucionalização dos mecanismos de controle social na saúde, diversos autores têm publicado estudos que tratam do significado destas instâncias em termos democráticos, colocando em discussão aspectos referentes à sua atuação, seu funcionamento e a efetividade de seus resultados na área da saúde, não só com relação às questões que envolvem o financiamento, mas também àquelas que se referem à qualidade dos serviços ofertados a população e às condições de trabalho impostas aos profissionais. Neste aspecto é pertinente destacar a observação de Tatagiba (2005) que chama atenção para o fato das experiências participativas assumirem características profundamente ambivalentes, justamente por realizarem algo inovador com relação aos processos e os conteúdos das políticas, ao mesmo tempo em que mantêm limites rígidos ao avanço do diálogo entre públicos e instituições no tocante à democratização das decisões. Esta autora aponta a necessidade de qualificar não apenas os processos participativos em curso, mas o impacto que estes representam no que se refere à qualidade de uma democracia mais participativa. Assim, tomando como exemplo os espaços das reuniões dos conselhos de saúde, os atores que fazem parte deste fórum devem permanentemente refletir sobre sua participação e contribuição, para não agir de forma conivente para a “transformação do espaço do controle social em uma continuidade burocrática de reuniões, onde não se tem compromisso com os resultados e efeitos” (SPOSATI e LOBO, 1992, p.12).

As pesquisadoras Guizardi e Pinheiro (2006) apontaram que uma série de estudos tem demonstrado aspectos que representam obstáculos ao projeto de institucionalização do controle social e que não basta simplesmente a criação das mais diversas instâncias para a ampliação do exercício deste, se em contrapartida não houver o comprometimento de que esta ação influenciará as decisões institucionais. Morita e outros (2006) em pesquisa que analisou a participação dos conselheiros e sua representatividade no Conselho Municipal de Saúde de

Botucatu (SP), demonstraram através dos resultados obtidos que os conselheiros trazem reivindicações ou sugestões do grupo que representam, considerando como boa a repercussão destas reivindicações, embora, nem sempre se obtenha na prática uma resposta satisfatória às mesmas, pelo fato de algumas decisões serem tomadas fora do âmbito do conselho. Neste trabalho os autores criticam a própria organização das reuniões de conselho que muitas vezes, além de dificultar uma participação mais ampliada, também são conduzidas de forma a apenas aprovar os pacotes ministeriais que devem ser implementados.

Para o pesquisador Stotz (2006) é necessário deslocar a ênfase da atuação dos conselhos de saúde, em todos os níveis de organização, saindo do âmbito da gestão para o da formulação da política e, logo, do planejamento em saúde, o que significa focar essa ênfase na dinâmica da vida social e política, com a identificação dos problemas de saúde, de seus determinantes e dos meios mais adequados para enfrentá-los pelos próprios interessados. Esse deslocamento implica em uma ampla mobilização popular e na garantia de uma participação realmente democrática, o que para o autor significa mobilizar principalmente os segmentos sociais que estão à margem da sociedade civil e à margem da organização formal, pensando nas formas da participação de pessoas desses segmentos em termos de voz e poder deliberativo. Ao ressaltar a importância da mobilização social, as ideias de Stotz nos conduzem a Toro e Werneck (2006) que conceituam mobilização como a convocação de vontades para um determinado fim, para a mudança de uma dada realidade, ou seja, um tipo de ação que no caso do exercício da participação e do controle social na saúde ajudaria a contornar os problemas que obstaculizam este processo na prática.

Stralen (2006) em uma investigação sobre a efetiva participação de Conselhos Municipais de Saúde na gestão das políticas de saúde tratou sobre a atuação dos conselhos de saúde e também avaliou o seu potencial no tocante à reestruturação da atenção à saúde através da Estratégia da Saúde da Família (ESF). Neste trabalho os resultados sugeriram que os conselhos têm pouco impacto sobre a reestruturação dos serviços de saúde, apontando a dificuldade de indicar onde e como os conselhos estão contribuindo para um processo de reestruturação e promoção de um sistema de saúde mais eficiente. Além disso, apesar do autor constatar que as bases do controle social e da gestão participativa ainda são frágeis, também ressaltou que elas não são meras ilusões, já que sempre há possibilidade de renovação de seus atores. Os autores Oliveira e Almeida (2009) em uma pesquisa realizada em Conselhos Gestores de Unidades, para averiguar a influência destes nas políticas de saúde do município de Campo Grande – MS reforçam que:

a capacidade de deliberação dos conselhos de saúde precisa ser fortalecida por uma capacitação que inclua elementos técnicos, políticos e administrativos, representatividade, fortalecimento da cidadania, divulgação intensa das atividades dos conselhos, inclusive na mídia, maior mobilização social e a articulação entre os vários conselhos e instâncias municipais que fazem interface com o setor de saúde.
(OLIVEIRA e ALMEIDA, 2009, p.141).

Desta forma, é possível notar a necessidade de existir na prática um trabalho de estímulo à cultura participativa, nos espaços das unidades de saúde, e também junto aos canais de comunicação presentes nestes locais, pois a exibição ampliada e perene de materiais de divulgação sobre o controle social e a gestão participativa, pode ajudar os cidadãos a se aproximarem mais dos espaços que promovem esta ação.

A atuação e o comportamento dos conselheiros de saúde também foram analisados no trabalho de Batista et al. (2010), que com base nos resultados da aplicação dos pressupostos teóricos da pesquisa de avaliação, no processo de implementação de uma política na saúde no município de Ponte Nova-MG, revelou algumas dificuldades no processo de consolidação do conselho como espaço para o exercício da democracia e de concretização dos princípios do SUS. No tocante à baixa frequência dos conselheiros às reuniões os autores chegaram à conclusão de que os baixos percentuais apontam para algumas tendências no comportamento desses representantes que evidenciam:

- o insuficiente comprometimento dos conselheiros ausentes com a população que eles representam;
 - a carência de informações sobre as atribuições dos conselheiros e quanto às normas que regem o funcionamento interno desse fórum, que, para as ausências, prevê substituição do representante após três faltas consecutivas não justificadas;
 - a falta de entendimento do que seja controle social por parte dos membros do Conselho, que pode ter origem na deficiente construção de uma cultura participativa.
- (BATISTA et al., 2010, p.788).

Porém, Neto (2012) em um trabalho resultante de uma pesquisa com doze conselheiros representantes de usuários de três capitais brasileiras, que tratou sobre a representação dos usuários nos conselhos de saúde, alerta para o fato de existir no interior destes fóruns uma prática patrimonialista, sugerindo que “o controle social que os conselheiros entrevistados exercem na saúde visa, sobretudo atender a seus interesses particulares” (NETO, 2012, p.458) e descrevendo indícios de que a prática de troca de favores tem orientado a atuação destes atores. Dentre alguns relatos que podem ser considerados preocupantes, em razão da maneira com que este espaço vem sendo utilizado por alguns conselheiros, há depoimentos que revelam que um dos motivos de maior peso para a participação no Conselho Municipal de

Saúde (CMS) está relacionado ao proveito pessoal que o exercício da atividade pode conferir ao cidadão eleito como conselheiro de saúde. Este autor também coloca que “a simples ameaça de encaminhar uma queixa ao Conselho Municipal de Saúde pode servir como uma arma que permite que um conselheiro representante do usuário consiga uma vaga” (NETO, 2012, p.447) no serviço de saúde para si ou para conhecidos, o que de acordo com o autor, é um poder que se materializa simbolicamente. Embora o autor aponte que devido sua pesquisa não ter sido amostral suas conclusões não podem ser generalizadas para todos os conselhos e conselheiros, está claro que este tipo de comportamento representa uma ameaça e um retrocesso ao exercício do controle social e à credibilidade do trabalho dos conselheiros. Além disso, se um conselheiro tem o hábito de utilizar sua posição para ajudar a si mesmo e aos seus conhecidos, jamais terá contato com as mazelas pelas quais os usuários dos serviços de saúde em geral passam, e assim sua contribuição para um sistema de saúde mais inclusivo e equânime será inócua. Haverá o SUS do conselheiro envolvido com os mecanismos de controle e participação social e o SUS dos usuários que não conhecem pessoas-chave no sistema.

Em vista das questões apontadas é possível notar que os mecanismos de controle e participação social têm ainda como desafio assumir francamente o papel de representar a sociedade com relação às necessidades cotidianas dos serviços de saúde. Após vinte e cinco anos da Constituição Cidadã e do SUS, as conclusões de Escorel (2013) reiteram o papel destes fóruns:

Conselhos e conferências seriam canais de expressão, de pressão, de influência, de controle para que a burocracia não se limitasse a atender seus próprios interesses e sua autorreprodução. Sobretudo seriam momentos e espaços nos quais se buscaria o “bem comum”, o “interesse geral”, algo que, transcendendo os interesses particulares, sem ignorá-los, seria uma fonte de propostas de diminuição das iniquidades sociais e de saúde. No entanto, mesmo correndo o risco de generalizações incorretas, dado o tamanho do país e a diversidade de experiências participativas, a literatura identifica vários problemas no funcionamento dos conselhos que tenderiam mais a constituírem “núcleos neocorporativos” (APUD Cortes SV). (ESCOREL, 2013, p.1939).

Apesar de alguns problemas relatados, os autores Gerschman e Júnior (2013) destacam que os conselhos de saúde não se encontram indissociados da realidade social e que refletem a prática democrática de cada localidade. Estes autores ponderam que os conselhos só conseguem exercer eficazmente o papel de instância democrática, participativa e deliberativa em ambientes onde os valores democráticos são respeitados e considerados. Além disso,

seguem afirmando que ter a expectativa de que os conselhos procedam com desempenho democrático exemplar em uma atmosfera onde predominam a competição desenfreada, a desonestidade e a desvalorização do outro, seria como acreditar “em uma realidade quimérica inatingível, que só contribui para o desenvolvimento de expectativas frustrantes e geradoras de descrédito” (GERSCHMAN e JÚNIOR, 2013, p.15). Em suas conclusões estes autores nos convidam a refletir que a consolidação de valores democráticos é um processo gradual, lento e que exige avaliação e aperfeiçoamento constantes, sendo este um ideal que demanda a mudança de valores culturais e de práticas enraizadas por longos períodos, difíceis de serem ultrapassadas em pouco espaço de tempo. Acrescentam também que os conselhos de saúde, nesse aspecto, constituem-se em um “fecundo instrumento de fomento à prática participativa e à educação cidadã com capacidade de promover em médio e em longo prazo a transformação dos valores antagônicos à democracia” (GERSCHMAN e JÚNIOR, 2013, p.15).

Embora ainda haja um longo caminho a ser percorrido para alcançar em amplitude resultados do controle e da participação social no SUS que sejam positivos para todos, certamente muito já foi realizado, devendo haver experiências exitosas neste campo, pelo fato destes mecanismos se constituírem em verdadeiros lócus de mudança de paradigma. O trabalho de Rolim et al. (2013), uma pesquisa narrativa baseada em publicações relevantes produzidas no Brasil nos últimos onze anos, produzida após uma análise do modelo de participação popular e controle criados com o SUS, concluiu que é insuficiente o controle social basicamente constar apenas em lei, apontando que um entrave para que ele de fato se concretize na prática, é a ocupação incipiente destes espaços de participação pela sociedade civil. Mas os autores também apontam que a participação social é um processo em permanente construção, que tem comportado avanços e recuos que na maioria das vezes, depende de ampla mobilização da comunidade na defesa de seus direitos. Outro ponto sinalizado pelo autor é de que a participação e o controle social ainda não são uma realidade para toda sociedade, devido a falta de informação sobre o tema e a existência de interesses múltiplos que inviabilizam que a população saiba que é detentora de direitos e que deve exigí-los.

A autora Cavalcanti e outros (2011) elaboraram anteriormente um trabalho semelhante ao de Rolim em que examinaram um conjunto de artigos publicados em periódicos nacionais da área de Saúde Coletiva entre os anos de 1988 e 2005, referentes à participação da sociedade nas políticas de saúde. Neste trabalho eles concluíram que a participação no sistema de saúde ainda se constitui um processo em construção e um importante vetor de promoção do

capital social, não obstante tenha apontado dificuldades para a efetivação da participação em conformidade com as proposições legais. Estas autoras também acrescentam que a despeito das inúmeras dificuldades evidenciadas, o material examinado reforça as virtudes da participação na saúde. Finalizam afirmando que em função disso são recorrentes as recomendações para o incremento das instâncias participativas no SUS, o que pode ser vislumbrado através das possibilidades de superação dos entraves, fruto da obstinação dos participantes e da qualificação dos processos participativos.

Após esta breve exposição sobre os principais mecanismos de controle social presentes no SUS é importante contextualizar historicamente como o controle social na saúde surgiu em nível municipal no Rio de Janeiro (RJ), devido ao foco deste trabalho ser uma análise sob o viés da comunicação e da informação da prática do controle e da participação social no Território Integrado de Atenção à Saúde – TEIAS-Escola Manguinhos, situado na Área Programática 3.1 do município RJ. O controle social no município RJ foi reafirmado como uma instância fundamental de participação popular, sendo resultado da luta e da mobilização dos movimentos sociais articulados ao movimento sanitário, conforme consta no documento “Reorganizando o SUS no Município do Rio de Janeiro”, fruto do 4º Seminário de Gestão Participativa, ocorrido no ano de 2005. O documento relata que esse movimento de luta foi iniciado durante a Ditadura Militar, mas já no período em que começou o processo de redemocratização do País, em meados dos anos 70, algumas associações de moradores promoveram atividades que tinham por objetivo a luta por melhores condições de saúde. Neste cenário destacou-se como marco inicial, o 1º Encontro Popular pela Saúde, realizado na Cidade de Deus, em setembro de 1980, que reuniu em torno de 3000 participantes oriundos de 100 comunidades. Esse encontro foi promovido pela Federação de Associações de Moradores do Estado do Rio de Janeiro (FAMERJ) em articulação com o Sindicato dos Médicos, e outras entidades de saúde, dentre elas o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes). Participaram também as secretarias de saúde municipal e estadual, a pastoral da Saúde, entidades estudantis, partidos políticos, dentre outros. Nesse período, surgiu a ideia da participação popular na formulação, fiscalização e na gestão de políticas de saúde, e uma importante vitória foi a proposta de criação no município do Rio de Janeiro dos conselhos comunitários de saúde.

Assim, a primeira forma institucional de controle social no município foi criada no ano de 1984 e o seu funcionamento se dava na forma de uma estrutura descentralizada que tinha como finalidade a administração do convênio das Ações Integradas de Saúde (AIS) com o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS). Essas estruturas

eram compostas por diretores de hospitais e representantes de associações de moradores da região e foram denominadas Grupos Executivos Locais (GELs). Os GELs foram criados no convênio das AIS em 1984, enquanto uma estrutura descentralizada, com o objetivo de administrar o convênio com um caráter mais fiscalizador, e marcaram a participação popular nos espaços institucionais de decisão. Desta forma, foi iniciada uma gestão mais democrática na área da saúde caracterizada pelo estabelecimento de novas bases de relação entre estado e sociedade.

O Conselho Municipal de Saúde do Rio de Janeiro (CMS-Rio) foi criado pela Lei Municipal n.º 1.746, de 23 de julho de 1991. No mesmo período em que estava sendo convocada a 9ª Conferência Nacional de Saúde, que tinha como meta a ser cumprida a realização da etapa estadual e das etapas municipais. A criação do Conselho de Saúde Municipal foi resultado da iniciativa do Legislativo e do interesse dos movimentos sociais da área de saúde. Em 1991, realizou-se a I Conferência Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, e a partir de então, esta ocorre a cada dois anos, sempre precedida das conferências distritais, visando reunir os três segmentos sociais – usuários, trabalhadores de saúde, gestores e prestadores de serviços – para avaliar a situação de saúde e propor diretrizes para a formulação da política municipal de saúde.

Para ampliar o controle social no município do Rio de Janeiro, a Lei Municipal n.º 2.011/93, instituiu o Conselho Distrital de Saúde (CODS) nas respectivas Áreas Programáticas (AP's), compreendendo um total de dez Conselhos Distritais de Saúde (AP 1, AP 2.1, AP 2.2, AP 3.1, AP 3.2, AP 3.3, AP 4, AP 5.1, AP 5.2, AP 5.3). O CODS foi instituído como um órgão colegiado, consultivo e deliberativo, com o desafio de auxiliar a Administração Pública e o Conselho Municipal de Saúde na análise, planejamento, formulação e supervisão das políticas de saúde, na fiscalização das ações governamentais e nas decisões de matéria de sua competência. Sua origem está ligada aos Grupos Executivos Locais (GELs), herdando deste uma tradição de participação popular reivindicativa, sendo acrescida de uma característica propositiva. A lei que instituiu essa instância determinou que a composição do CODS fosse paritária e que as entidades componentes desses conselhos deveriam ser eleitas em Conferência Distrital de Saúde e nomeadas pelo secretário municipal de Saúde para cumprir um mandato de dois anos. Para garantir o funcionamento adequado do CODS, deveria ser destinada uma verba anual, aprovada pela Câmara dos Vereadores, para a compra de material de consumo e equipamentos, devendo também ser destinada uma verba mensal controlada pela coordenação de área para gastos com material de consumo e contratação de serviços. A Lei n.º 2.627, de 8 de junho de 1998, determinou a inclusão de um

representante de cada Conselho Distrital – para participar do Conselho Municipal de Saúde – aumentando a composição deste colegiado de 24 para 34 membros. Essa proposta, veio da Comissão de Saúde da Câmara de Vereadores com o intuito de possibilitar a articulação do CODS com o Conselho Municipal de Saúde.

Para fins de construção deste trabalho, é importante mencionar uma proposta oriunda das Conferências de Saúde, que tratou da criação de Conselhos Gestores de Unidade, cujo objetivo seria de ampliação do controle social local. A ideia inicial era de que os problemas de atendimento ao usuário fossem inicialmente discutidos nos conselhos gestores das unidades de saúde, e caso estes problemas não pudessem ser solucionados no âmbito desta instância, seriam encaminhados para o CODS. Para as situações em que se identificassem problemas estruturais, onde o CODS não pudesse apresentar uma solução, a questão seria encaminhada para o Conselho Municipal de Saúde. Este tipo de atuação dos conselhos gestores das unidades possibilitaria que as discussões fossem hierarquizadas por nível de competências, o que poderia facilitar seu encaminhamento e solução. A publicação “O SUS da A a Z” (2009) fala em Conselho de Gestão Participativa, uma instância que além de avaliar e aprovar os relatórios de atividades, de produção e de desempenho da unidade de saúde, deve dispor de informações sobre a qualidade do atendimento, e para isso deve reservar assento para o ouvidor da unidade como convidado permanente do fórum. Na ausência da ouvidoria, os conselhos de gestão participativa devem receber e analisar diretamente as queixas da população atendida no local. No caso específico do TEIAS-Escola Manguinhos, o objeto de interesse deste estudo, uma das competências atribuídas ao seu Conselho Gestor Intersetorial (CGI), inscrita em seu regimento interno, é a articulação com outros conselhos setoriais, em especial com o Conselho Distrital de Saúde da AP 3.1, com o propósito de cooperação mútua e de estabelecimento de estratégias comuns para o fortalecimento dos mecanismos de participação social.

Ainda, com relação ao exercício do controle social no município RJ, é preciso colocar em destaque que o CODS tem a responsabilidade de subsidiar e auxiliar o Conselho Municipal de Saúde em suas ações e decisões pelo fato de se localizar em um nível mais próximo aos serviços e profissionais de saúde, assim como também, dos próprios usuários. Mas para que o CODS possa efetivamente produzir resultados visíveis nos serviços de saúde, é preciso que usuários, trabalhadores e gestores se apropriem de maneira mais sólida destes espaços, pois como aponta Arendt (2010) a presença participativa de cada cidadão nas deliberações e ações de caráter público é importante, pois a ação do cidadão no espaço

público é a atividade que legitima e dá sentido à política, e essa presença não deve ocorrer somente através da obrigatoriedade do voto.

Com relação ao ato de votar e o exercício da cidadania, outros autores como Toro (2004) colocam que o voto apesar de ser um direito do cidadão não é o que o define como tal. No tocante à prática do controle e da participação social essa relação é corroborada por Matos (2009) que chama atenção para o fato de que a participação não pode ser reduzida ao voto ou a pressão direta dos cidadãos sobre os governantes. Esta autora faz a seguinte ponderação com a qual podemos fazer uma associação com os espaços dos conselhos e das ouvidorias:

Quando os indivíduos frequentam associações (não necessariamente de caráter político) eles podem ganhar capacidades cívicas e expressivas essenciais à sua formação cidadã e ao reconhecimento do valor de suas contribuições a processos de debates políticos.
(MATOS, 2009, p.69)

Da parte dos órgãos centrais de gestão há muitos esforços sendo envidados para que o controle social e a gestão participativa se concretizem na prática dos serviços de saúde. O Programa Mais Saúde: Direito de Todos (2008-2011) do Ministério da Saúde, que traça as ações para a área da saúde inseridas na política de desenvolvimento do Governo Federal, destaca na 5ª edição de seu relatório, a participação e o controle social como um dos seus eixos de intervenção, procurando traduzir na forma de medidas e metas físicas as orientações da 13ª CNS e da 14ªCNS. O documento do MS descreve como diretriz para esse eixo o fortalecimento da participação e do controle social sobre todas as instâncias e os agentes que fazem parte do SUS, buscando o estreitamento de laços políticos que garantam a sustentabilidade das ações em saúde, através da proposição de medidas como a implantação de um Sistema Nacional de Ouvidorias do SUS e a expansão da divulgação e uso pela população da Carta de Direitos do Usuário do SUS, dentre outras ações que buscam o aprimoramento do papel dos conselhos de promover o controle social na saúde.

Conforme ressalta Gohn (2003), o conceito da participação cidadã está lastreado na universalização dos direitos sociais, na ampliação do conceito de cidadania e em uma nova compreensão sobre o papel e o caráter do Estado, por isso, não só estabelecimento de mecanismos que estimulem a participação crescente da sociedade, mas também de formas para facilitar o acesso da sociedade em geral a estes mecanismos, são fundamentais para que o controle social se efetive na prática cotidiana dos serviços de saúde.

Então, podemos concluir que a instituição de espaços deliberativos como os conselhos e as conferências de saúde, garantiu a presença de representantes da sociedade civil organizada

na gestão do SUS, possibilitando a inclusão de novos atores na condução dos rumos da saúde no país, materializando assim a participação social. Mas isso não significa que a sociedade em geral esteja incluída neste processo. Além disso, é preciso que essa garantia se concretize, não só através da criação de outros espaços de controle social, mas também por ações como a qualificação do trabalho dos conselheiros e a divulgação das atividades desempenhadas pelos órgãos de controle e participação social. Este tipo de postura apresenta ao universo dos usuários e trabalhadores dos serviços de saúde, a possibilidade de uma construção coletiva que resultará em um SUS melhor para se trabalhar e se utilizar, pois, conforme aponta Guizardi (2009, p.12) “é na dinâmica do funcionamento dos serviços que concretamente a população vive como realidade material o direito à saúde”. É fundamental que os conselheiros de saúde se apropriem dos espaços do conselho não só para fiscalizar e acompanhar o cumprimento da condução das políticas e ações planejadas em saúde, mas também para:

- XXIII - estabelecer ações de informação, educação e comunicação em saúde, divulgar as funções e competências do Conselho de Saúde, seus trabalhos e decisões nos meios de comunicação, incluindo informações sobre as agendas, datas e local das reuniões e dos eventos;
 - XXIV - deliberar, elaborar, apoiar e promover a educação permanente para o controle social, de acordo com as Diretrizes e a Política Nacional de Educação Permanente para o Controle Social do SUS;
- (CNS, 2012).

As ações supracitadas não devem ser relegadas a uma função menor que a de fiscalização e a de cumprimento das diretrizes pontuadas nas políticas de saúde, pois conforme previsto na Resolução nº452/2012, na diretriz que descreve as competências dos conselhos em suas respectivas esferas, elas também fazem parte da atribuição desta instância. Antes de ir para a o item seguinte deste capítulo, que tratará das Ouvidorias, segue uma provocação de Escorel (2013), que argumenta sobre a contribuição e o funcionamento dos principais mecanismos de controle e participação social do SUS, durante estes vinte e cinco anos de funcionamento do sistema:

Qual o papel desempenhado por esse imenso sistema de participação institucionalizada da sociedade organizada? Até que ponto conselhos e conferências cumpriram os objetivos iniciais de zelar pelo projeto da Reforma Sanitária? E sendo esse sistema ocupado pelos movimentos sociais organizados em entidades e corporações, o que foi feito para que os mais pobres, os segmentos não organizados da sociedade, para os quais o exercício e usufruto dos direitos formalmente instituídos constituem uma luta diária, estivessem representados nesses espaços, conseguindo apresentar suas necessidades e expressar suas demandas?

(SCOREL, 2013, p.139)

1.2) As Ouvidorias como instrumento de auxílio à gestão participativa no SUS:

Após tratar sobre a prática da participação e do controle social no âmbito dos principais mecanismos presentes no SUS, neste item será exposto como as ouvidorias de saúde vêm contribuindo com este campo. Conforme visto na seção anterior, após o marco de redemocratização do país o Brasil vem procurando consolidar e aprimorar o seu processo de gestão participativa e de transparência pública, merecendo destaque ao artigo 37, parágrafo 3º da Constituição de 1988 que determina o disciplinamento das formas de participação do usuário na administração pública, direta e indireta. Desde então, através da criação de mecanismos de controle e participação social em diversos segmentos da sociedade, vem sendo possível ver o esforço dos governantes em fazer com que as instituições públicas de todas as esferas criem em seus espaços canais de interlocução onde a voz dos cidadãos possa ter ressonância. Esta seção irá abordar a instituição do serviço de ouvidoria no Brasil e sua contribuição para o exercício do controle social e da gestão participativa no SUS, pontuando os principais desafios que ainda são impostos ao funcionamento deste órgão na área da saúde.

Em termos históricos os primeiros registros que tratam da criação de uma ouvidoria pública, de acordo com o pesquisador deste tema Manoel Gomes (2000), são encontrados no início do século XIX, na Suécia, quando a figura do supremo representante do rei, cuja atribuição era vigiar a execução das ordens e das leis emanadas pelo monarca, foi modificada para a de mandatário do parlamento, com a nova função de controlar em nome próprio a administração e a justiça. A este registro Vismona (2001) acrescenta a designação *ombudsman*, termo que surgiu mais precisamente naquele país, após a constituição de 1809. Esta expressão de origem nórdica é resultante da união da palavra *ombud* que significa “representante” com a palavra *man*. Segundo o autor, naquela época o *ombudsman* tinha como atribuição fiscalizar a aplicação das leis por parte dos funcionários públicos. No Brasil o termo *ombudsman* foi adotado basicamente pelo setor privado, após o incremento do direito do consumidor, ocorrido no início da década de 1990, o que fez com que as organizações privadas criassem ouvidorias destinadas a melhoria da relação com seus clientes e na prevenção de conflitos. Nos países hispânicos a denominação utilizada é *Defensor del Pueblo*, na França *Médiateur* e em Portugal Provedor de Justiça, permanecendo semelhantes as características de atribuição. Na Europa e nos países hispânicos o *ombudsman* exerce suas funções em nível nacional, provincial e municipal, sendo sempre eleito pelo parlamento e

exercendo o controle externo da administração pública, conforme previsto em constituição. Um diferencial ocorre no Reino Unido, onde o *ombudsman* é nomeado pela Rainha, após a apresentação livre de candidatos e recomendação do governo, podendo também ser exonerado pela mesma e onde o mandato é exercido por tempo indeterminado. Nos demais países mencionados, além de haver mandato determinado e a garantia do exercício das suas funções com autonomia e independência, a função de *ombudsman* tem como característica o acesso direto à administração, atuando sobre a defesa dos direitos individuais, procurando combater abusos, erros e omissões advindas dos órgãos públicos.

No caso do Brasil, de acordo com publicações da Controladoria Geral da União (CGU) a primeira forma de ouvidoria surgiu na época do Brasil-Colônia, trazendo a ideia do Ouvidor Geral, que tinha por função aplicar a lei da metrópole, onde ao invés de representar o cidadão diante do órgão público, atendia o titular do poder, reportando a este o que ocorria na Colônia. A ouvidoria pública da forma como é conhecida atualmente, como um órgão que atua representando o cidadão e que age na defesa de seus interesses e direitos, surgiu no ano de 1986, na Prefeitura de Curitiba. Ela iniciou sua inserção na Administração Pública, sendo considerada a primeira ouvidoria pública do país, mas que de acordo com a pesquisadora Pereira (2002), foi desativada após dois anos de funcionamento voltando a ser ativada em âmbito estadual no ano de 1991 no Paraná. Vismona (2001) aponta que a Carta Magna de 1988 não acolheu as propostas de instituir o Ouvidor com as características clássicas, de acordo com a concepção de *ombudsman*. Os ouvidores exercem suas funções na União, estados e municípios, sendo de forma geral nomeados por Decreto pelo chefe do poder Executivo, mas este formato de nomeação é motivo de intenso debate, pelo fato de gerar dúvidas quanto ao real comprometimento do ouvidor com as suas atribuições e com o cidadão que aciona este canal. De toda forma, é importante ter a consciência de que uma atuação não ética e descomprometida coloca em xeque não somente a figura do ouvidor, mas principalmente a imagem da instituição e de seus dirigentes máximos. Dados da CGU apontam que a Lei nº8490/92 criou na estrutura regimental básica do Ministério da Justiça a Ouvidoria Geral da República. Fora do âmbito da Administração Direta, podemos citar a iniciativa do estado de São Paulo, que no ano de 1999 promulgou uma lei de proteção ao usuário do serviço público, que determinou a criação de ouvidorias em todos os órgãos estaduais. No ano de 2001 a medida provisória nº2216 criou a Corregedoria-Geral da União, que integra a Presidência da República. No ano de 2002 o Decreto nº4177/02 transferiu as competências de Ouvidoria-Geral do Ministério da Justiça para a Corregedoria-Geral da

União, não incluindo as competências relacionadas à de Ouvidoria-Geral de Direitos Humanos, que continuaram no âmbito do Ministério da Justiça. No ano de 2003, a Lei nº10683 atribuiu à CGU, além das funções de correção e de controle interno de auditoria pública, a função de ouvidoria-geral no âmbito do Poder Executivo Federal. No ano de 2004 a Lei nº10689 ajustou a denominação de Ouvidoria-Geral da República para Ouvidoria-Geral da União que pelo Decreto nº5683/05 tem como uma de suas competências a coordenação técnica do segmento de ouvidorias do Poder Executivo Federal. Em termos legais, não há ainda um dispositivo que oriente o funcionamento e a atuação das ouvidorias no Brasil de maneira uniformizada e organizada, tal como ocorreu com o acesso a informações públicas após a instauração da Lei de Acesso à Informação nº12527/2011. No ano de 2013 a CGU lançou uma consulta pública que versava sobre o Sistema de Ouvidorias Públicas. A criação deste sistema tem como propósito atuar sobre a participação e o controle social, contribuindo para a democratização da gestão pública no Brasil, assim como zelar pela autonomia e integração dos órgãos que farão parte do mesmo. Ainda no ano de 2013, também foi colocada para discussão pública a Minuta do Decreto, oriunda desta consulta pública. O quadro a seguir traz um resumo, dos aspectos históricos que sedimentaram o caminho para instituição do órgão de ouvidoria no Brasil e no mundo.

QUADRO 1 – Ouvidoria: aspectos históricos no Brasil e no mundo

OUVIDORIA ASPECTOS HISTÓRICOS NO BRASIL	
Período colonial: Ano de 1538	Nomeado o primeiro ouvidor, Antônio de Oliveira, acumulando o cargo de capitão-mor da capitania de São Vicente.
Ano de 1548	Criado o Governo Geral do Brasil: surge a figura do Ouvidor-Geral, com as funções de Corregedor-Geral da Justiça em todo território colonizado.
Império: Ano de 1823	Ouvidor como o juiz do povo. As queixas passam a ser encaminhadas <i>ex officio</i> à Corte por este juiz.
República: Ano de 1964	Por conta da ditadura todas as instituições democráticas foram forçadas a manterem-se em silêncio.
Ano de 1983	Surgimento dos primeiros sinais de abertura democrática: o debate para criação de canais entre a estrutura de poder e a população começa a tomar forma.
Nova república: Ano de 1986	A prefeitura de Curitiba/PR cria a primeira ouvidoria pública no País. Decreto nº 93.714/1986 cria a Comissão de Defesa dos Direitos do Cidadão, vinculado à Presidência da República, para defesa de direitos do cidadão contra abusos, erros e omissões na Administração Pública Federal. O presidente desta comissão acumulava a função de ouvidor e era designado pelo Presidente da República.
Ano de 1992	A Lei nº 8.490/1992 cria a Ouvidoria-Geral da República na estrutura regimental básica do Ministério da Justiça.
Ano de 1996-1998	Os Decretos nºs 1.796/1996 e 2.802/1998 delegam ao Gabinete do Ministro da Justiça as competências para desenvolver as atividades de Ouvidoria-Geral da República.
Ano de 1998	A Emenda Constitucional nº19 alterou a redação do art. 37, § 3º, determinando que a

	lei discipline as formas de participação do usuário na administração pública direta e indireta, regulando especialmente as reclamações relativas à prestação dos serviços públicos em geral, asseguradas a manutenção de serviços de atendimento ao usuário e a avaliação periódica, externa e interna, da qualidade dos serviços, bem como o acesso dos usuários a registros administrativos e a informações sobre atos de governo, observado o disposto no art. 5º, X e XXXIII e, por fim, a disciplina da representação contra o exercício negligente ou abusivo de cargo, emprego ou função na administração pública.
Ano de 1999	O Estado de São Paulo promulga a lei de proteção ao usuário do serviço público e determina a criação de ouvidorias em todos os órgãos estaduais.
Ano de 2000	O Decreto nº 3.382/2000 delega ao Secretário Nacional de Direitos Humanos do Ministério da Justiça as funções de Ouvidor-Geral da República.
Ano de 2001	A Medida Provisória nº 2.216/2001 cria a Corregedoria-Geral da União, que integra a Presidência da República.
Ano de 2002	O Decreto nº 4.177/2002 transfere as competências de Ouvidoria-Geral do Ministério da Justiça para a Corregedoria-Geral da União, com exceção das relativas à de ouvidoria-geral de direitos humanos, que permaneceram no Ministério da Justiça.
Ano de 2003	A Lei nº 10.683/03 transforma a Corregedoria-Geral da União em Controladoria-Geral da União, mantendo dentre as suas competências as atividades de ouvidoria-geral, exceto as atividades de ouvidoria dos indígenas, do consumidor e das polícias federais, a cargo do Ministério da Justiça, e dos direitos humanos, a cargo da Secretaria Especial de Direitos Humanos da Presidência da República.
Ano de 2004	A Lei nº 10.689/2004 ajusta a denominação de Ouvidoria-Geral da República para Ouvidoria-Geral da União (OGU), que, pelo Decreto nº 4.785/2003, tem, entre outras, a competência de coordenar tecnicamente o segmento de ouvidorias do Poder Executivo Federal. Nesse mesmo ano, foi promulgada a Emenda Constitucional nº 45 que determina a criação de ouvidorias no Poder Judiciário e no Ministério Público no âmbito da União, Estados, Distrito Federal e Territórios.
Ano de 2006	O Decreto nº 5.683/2006 trata das competências da OGU com destaque à: proposição de adoção de medidas para a correção e a prevenção de falhas e omissões dos responsáveis pela inadequada prestação do serviço público; produção de estatísticas indicativas do nível de satisfação dos usuários dos serviços públicos prestados no âmbito do Poder Executivo Federal; contribuição com a disseminação das formas de participação popular no acompanhamento e fiscalização da prestação dos serviços públicos.
Ano de 2011	Realizada Oficina do Sistema Nacional de Ouvidoria do SUS com o tema “Ouvidoria Ativa”, como um primeiro passo para organização de mecanismos de integração das ouvidorias e o delineamento de um arcabouço legal de um sistema de ouvidoria, junto ao processo de construção da Política Nacional de Ouvidoria. Em Novembro foi criada a LAI nº 12527, que instituiu um novo paradigma para a Administração Pública brasileira, ao estabelecer que o acesso à informação pública seja a regra e o sigilo uma exceção. Regulamenta o inciso XXXIII do art. 5º, inciso II do § 3º do art. 37 e § 2º do art. 216 da Constituição Federal, estabelecendo bases para a transparência pública.
Ano de 2012	O decreto nº 7724/2012 que regulamenta a LAI nº 12527, nos Art.68 e 69 determina que compete à CGU: promover campanha de abrangência nacional de fomento à cultura da transparência na administração pública e conscientização sobre o direito fundamental de acesso à informação; monitorar a implementação da LAI concentrando e consolidando a publicação de informações estatísticas relacionadas no art.45; detalhar os procedimentos necessários à busca, estruturação e prestação de informações no âmbito do SIC.
Ano de 2013	A OGU ligada à CGU colocou em consulta pública no mês de Maio a proposta de regulamentação do Sistema Nacional de Ouvidorias Públicas do Poder Executivo Federal.
ASPECTOS HISTÓRICOS NO MUNDO	
Ano de 1809	Surge na Suécia a figura do <i>Ombudsman</i> , eleito pelo parlamento com a missão de atuar como interlocutor entre o governo e a população, fortalecendo os direitos dos cidadãos frente ao poder estatal.
	Lançada em 2011, a <i>Open Government Partnership (OGP)</i> ou Parceria para Governo Aberto é uma iniciativa internacional com o objetivo de assegurar compromissos

Ano de 2012	concretos de governos nas áreas de promoção da transparência, luta contra a corrupção e participação social. O Comitê Diretor Internacional desta iniciativa conta com a copresidência do Brasil através do ministro da CGU. Em 2012 o Plano de Ação Brasileiro comprometeu-se com intervenções na área de ouvidoria, tais como: um estudo diagnóstico sobre o papel das Ouvidorias dos órgãos e entidades do Poder Executivo federal na Política Brasileira de Acesso a Informações Públicas; a integração Sistêmica de Ouvidorias e a Política de Formação Continuada para as Ouvidorias Públicas do Poder Executivo Federal (PROFOCO).
-------------	---

Fonte: Cartilha CGU “Orientações para implantação de uma unidade de ouvidoria - 2013” e Portal CGU.

Nota: Informações trabalhadas pelo autor.

Na prática, por um lado, as ouvidorias são órgãos que atuam como um canal democrático de interlocução ao apresentar às instituições os anseios e as expectativas dos cidadãos sobre os serviços ofertados. Por outro lado contribuem com o aprimoramento dos processos de gestão institucional, funcionando como uma espécie de controle de qualidade dos serviços, ou seja, conforme colocado por Silva (2013) são “um termômetro da administração pública ao fazerem um ordenamento das leituras das demandas” dos cidadãos-usuários, que emitem sua percepção e contribuição com o serviço através destes canais de interlocução. A ouvidoria procura ser em um primeiro momento um facilitador do diálogo entre as instituições e a sociedade atuando como um mediador desta relação, e noutro momento, com base na análise e sistematização das manifestações recebidas, uma ferramenta estratégica de gestão e de promoção da cidadania. Mas embora estes órgãos já existam no Brasil há mais de vinte anos, ainda é possível notar uma incompreensão da sua finalidade, tanto pelo lado dos usuários, quanto pelo lado das próprias instituições onde eles se inserem, o que se expressa em mais um desafio para esta área.

De maneira usual as ouvidorias são responsáveis por receber manifestações de denúncia, elogio, reclamação e sugestão a respeito dos serviços prestados aos usuários, mas é comum encontrar ouvidorias que também respondam a pedidos de informação em geral, solicitações e que procedam com esclarecimento de dúvidas dos cidadãos. Porém, é sempre importante esclarecer que uma ouvidoria não pode ser confundida com um órgão executivo, não fazendo parte de suas atribuições o exercício de atividades fora do escopo de atuação descrito ou mesmo a intervenção na resolução das questões apresentadas pelos cidadãos, pois “seu papel é servir de ligação entre as partes, promovendo a comunicação para que sejam encontradas respostas às demandas apresentadas” (SILVA, 2013, p.66), além disso, “tem como finalidade fomentar a participação e a conscientização da população acerca do direito de receber um serviço público de qualidade, eficiente e respeitoso.” (CGU, 2009, p.5). Mas as elucubrações acerca da forma e dos limites de atuação que uma ouvidoria deve possuir têm provocado debates. A autora Antunes (2008) a partir da pesquisa “Gestão Participativa em

Saúde: estudo e sistematização da produção acadêmica e das experiências de conselhos de saúde e conferências de saúde” teceu algumas considerações sobre o processo de implementação das ouvidorias do SUS em instituições públicas de saúde, apontando que “a falta de credibilidade na eficiência da ouvidoria pode estar relacionada ao entendimento equivocado sobre seu conceito e suas funções” (ANTUNES, 2008, p.4), ressaltando que parte do problema está na escassa compreensão sobre o ato de acolher o cidadão e encaminhar sua manifestação ao órgão responsável pela resolução do caso. Esta ação por si só não significa que ela irá resolver a questão apresentada, pois ela não possui poder de resolutividade, a ouvidoria é responsável por acompanhar todo este processo e fazer com que o órgão dê ao cidadão uma resposta, mesmo que nem sempre esta seja a favor dele. Silva (2013) cujo trabalho em um município de pequeno porte de Minas Gerais teve como objetivo estudar as demandas ao Ministério Público para identificar a possibilidade de atuação da ouvidoria de saúde como ferramenta de gestão e planejamento em saúde, reforça o trabalho de Antunes (2008) ao constatar que este serviço ainda não é um dispositivo suficientemente conhecido e utilizado pelos cidadãos, pois poderia ser acionado como recurso anterior ao Ministério Público. Este fato pode ocorrer tanto pela falta de entendimento que os usuários possuem a respeito do papel e atribuições do serviço de ouvidoria, como pelo fato de que uma ação junto ao MP pode trazer mais celeridade para a resolução dos problemas apontados.

A excessiva demora em criar um marco legal que ampare e legitime o serviço de ouvidoria é algo que vem pesando contra a credibilidade necessária para o funcionamento deste órgão em toda sua potencialidade. Podemos considerar que a materialização da LAI nº12527/2011 de maneira eficaz no cotidiano das instituições e dos cidadãos tem trazido contribuições importantes para acelerar este processo de regulamentação das ouvidorias públicas, e isto é reforçado pelo papel central que a CGU desempenha neste cenário, qual seja o de monitoramento e apoio direto aos órgãos e entidades para aplicação da lei. Após ser instituída no ano de 2011, a LAI nº12527/2011 vem funcionando como um instrumento de transparência e de empoderamento dos cidadãos, e a OGU vem orientando e auxiliando as ouvidorias públicas no processo de implantação deste instrumento legal, pois muitas instituições optaram em alocar o Serviço de Informação ao Cidadão (SIC), conforme previsto no art.9º da LAI nº12527/2011, na estrutura de suas ouvidorias. O SIC possui como atribuições: atender e orientar o público quanto ao acesso a informações; informar sobre a tramitação de documentos nas suas respectivas unidades e normatizar o protocolo de documentos e requerimentos de acesso a informações. Este serviço é destinado ao cidadão que deseja uma informação custodiada pelos órgãos e entidades públicas, garantindo a este

não só o acesso, mas também a previsão de prazos para resposta que devem ser respeitados de acordo com as regras de funcionamento determinadas pela CGU. Com base em um estudo realizado no ano de 2012 com 79 Ouvidorias, após seis meses de publicação da LAI, a CGU demonstrou que o SIC foi alocado em 44% delas, o que gerou mudanças no escopo de trabalho destes canais de interlocução. Enfim, todas estas ações podem ser consideradas como avanços para que a instituição de ouvidorias nos órgãos públicos se consolide verdadeiramente como uma política de Estado e com o devido entendimento de que estes canais devem ser considerados aliados da gestão pública, responsáveis por demonstrar que mesmo um fato isolado de um cidadão pode gerar a resolução de uma questão de ordem coletiva ou sistêmica. Deste modo a ouvidoria pública deverá ser compreendida como um canal de auxílio ao cidadão em suas relações com o Estado, atuando como um dinamizador em prol do empoderamento do cidadão para que suas manifestações provoquem a melhoria contínua dos serviços prestados. Desta forma:

A ouvidoria não é apenas um instrumento ou mesmo um canal entre o cidadão e a Administração Pública. Trata-se de uma instituição de participação que, juntamente com os conselhos e as conferências, tem o dever de promover a interação equilibrada entre legalidade e legitimidade. (CGU, 2012, p.8).

No tocante à área da saúde, a implantação de ouvidorias no SUS foi firmada na ocasião da realização da 10ª CNS, quando seu relatório final determinou que “os conselhos e gestores do SUS devem constituir e implementar novos mecanismos de participação. Entre esses mecanismos incluem-se: Ouvidorias e serviços Disque-Denúncia em todos os níveis do SUS, vinculados aos Conselhos de Saúde” (RELATÓRIO FINAL 10ª CNS, 1996, p.42) mais adiante este documento afirmou que “os gestores do SUS devem agilizar a criação das carreiras de Auditor em Saúde, bem como de Ouvidor Público Hospitalar” (RELATÓRIO FINAL 10ª CNS, 1996, p.43). A conferência seguinte, 11ª CNS recomendou a criação de outros instrumentos de controle social vinculados aos conselhos, para fortalecer o papel fiscalizador destes, tornando-os mais efetivos. Nesse sentido foi enfatizada a criação de ouvidorias, vinculadas aos Conselhos de Saúde, que fossem de fácil acesso à população, para operarem como instâncias de encaminhamento de reivindicações e sugestões e para auxiliar na busca de soluções para problemas nos serviços de saúde. (RELATÓRIO FINAL 11ª CNS, 2000).

A 12ª CNS reforçou a necessidade de uma qualificação maior do controle social no SUS, apontando que para que isto ocorresse, seria necessária a criação de mecanismos

eficientes de escuta do cidadão usuário e da população em geral. O resultado desta discussão provocou uma reformulação do conceito e da dinâmica de funcionamento das ouvidorias do SUS. Isso permitiu uma maior publicidade e transparência das prestações de contas e dos relatórios de gestão, fatores de contribuição para a qualificação da administração pública e que ampliam o comprometimento com a participação popular e a gestão participativa. (RELATÓRIO FINAL 12ª CNS, 2003). Já a 13ª CNS recomendou ao Ministério da Saúde a implantação de uma Política Nacional de Ouvidoria no SUS, que envolvesse as três esferas de governo na criação de ouvidorias que fossem autônomas e eleitas pelos conselhos de saúde, incluindo aí as ouvidorias populares. Além disso, foi recomendada a implantação de um sistema de avaliação pelo usuário com foco no atendimento em todos os serviços públicos de saúde e rede conveniada, com o objetivo de elaborar e apresentar periodicamente aos conselhos relatórios contendo informações sobre o número, as características e a resolutividade das denúncias recebidas, tratando também de assuntos referentes ao cumprimento do Pacto pela Saúde.

Finalmente, na ocasião da 14ª CNS, foi reafirmada a necessidade de fortalecimento da gestão participativa nas três esferas de governo, contemplando todos os componentes da Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa – ParticipaSUS (ouvidoria, auditoria, gestão participativa, informática e informações em saúde e articulação interfederativa), fortalecendo também os conselhos de saúde no sentido de contribuir para articular, mobilizar e estimular a participação popular na elaboração e modificação dos termos de compromisso do pacto de gestão para defender o SUS, mudar o modelo de atenção e fortalecer a participação popular, com vistas a uma atenção à saúde universal e de qualidade. (RELATÓRIO FINAL 14ª CNS, 2011).

O Departamento de Ouvidoria Geral do SUS (DOGES) foi criado em 09 de Junho de 2003 pelo Decreto nº4726, compondo a estrutura do Ministério da Saúde, como parte integrante da Secretaria de Gestão Participativa (SGEP) (MS, 2006). Este departamento atua na perspectiva de descentralização das ouvidorias promovendo a implantação do Sistema Nacional de Ouvidorias no âmbito do SUS. Segundo os Princípios e Diretrizes da Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa do SUS (MS, 2008), essa ação estava diretamente ligada ao desejo de integração e estímulo às práticas que pudessem ampliar o acesso dos cidadãos no processo de avaliação das ações e serviços públicos de saúde ofertados. Desde o ano de 2011, após a realização da Oficina do Sistema Nacional de Ouvidorias do SUS, o DOGES/SGEP/MS vem trabalhando na construção e consolidação de um conceito de Ouvidoria Ativa na saúde, por considerar que além de apoiar a implantação e

a consolidação das ouvidorias do SUS seria preciso também investir na qualificação das mesmas. A atuação de uma Ouvidoria Ativa prevê um movimento mais proativo junto aos atores do SUS tais como aqueles ligados aos movimentos sociais, às áreas de gestão e à sociedade civil, para que este canal deixe de atuar basicamente como um receptor passivo de manifestações. Neste conceito são adotadas estratégias de atuação para que as ouvidorias tenham condições de trabalhar de forma mais ativa na busca de informações e, por conseguinte, de resoluções efetivas para as manifestações apresentadas pelos cidadãos-usuários dos serviços de saúde, numa perspectiva de atendê-los com mais agilidade, qualidade e resolutividade. Uma estratégia de atuação que vem sendo bastante estimulada pela Ouvidoria Geral do SUS (OGS) é a realização periódica junto aos cidadãos-usuários de Pesquisas de Satisfação para fornecer à gestão dos órgãos informações importantes a respeito da avaliação dos serviços, dos programas e ações em saúde. Este tipo de movimento também auxilia a promover a disseminação de informações não apenas aos usuários, mas também às áreas técnicas, possibilitando um olhar contínuo sobre as necessidades da população. Além da Pesquisa de Satisfação a OGS vem colocando em prática outras estratégias para consolidar o conceito de Ouvidoria Ativa, tais como: a Ouvidoria Itinerante, uma proposta de deslocamento territorial até comunidades de difícil acesso para analisar a satisfação, oferecer informações sobre o SUS e demonstrar as possibilidades de participação social nas políticas de saúde; a CartaSUS, um instrumento que vem sendo utilizado para a fiscalização dos recursos aplicados pelo MS, possibilitando maior transparência à gestão do SUS e o Banco de Informações Técnicas em Saúde (BITS) que reúne um conjunto de informações organizadas de maneira a esclarecer e retirar dúvidas dos cidadãos-usuários referentes à saúde.

No SUS o exercício do controle social no espaço das instâncias de participação da sociedade, pode ser alçado como um dos fatores mais importantes para o sucesso de sua implantação, sendo compreendido como a possibilidade que a sociedade tem de interferir na gestão pública, na proposição e acompanhamento das políticas de saúde, colocando as ações do Estado na direção dos seus interesses e necessidades. A prática da participação deve conduzir a benefícios que influenciem os resultados e a avaliação das políticas públicas e, no caso deste trabalho, estamos nos referindo ao SUS enquanto uma política pública de saúde, com poder de gerar impacto sobre os agentes e comunidades locais:

A influência da metodologia participativa no resultado da política tem como premissa a crença em que a postura ativa da população local contribuiria para a legitimação e a aplicação da política no contexto local, tornando-a mais eficiente e eficaz. Já o impacto da metodologia nos próprios atores

sociais locais parte do princípio que a participação construiria cidadania e impulsionaria os agentes locais a serem atuantes no processo político, ou seja, proporcionaria o *empoderamento* destes últimos. (IPEA, 2010, p.291)

A instituição de ouvidorias nos serviços públicos de saúde se traduz em um esforço de ampliar e qualificar a gestão participativa na saúde, e há alguns estudos sobre este tema que vem procurando atestar isso. Através de uma avaliação sobre a implantação e a atuação das ouvidorias de saúde em dez instituições no município do Rio de Janeiro, cujo objetivo foi examinar esses serviços no âmbito de sua estrutura física, seus recursos humanos e sua dinâmica de funcionamento, Faria (2007) destacou a predominância de serviços pouco resolutivos, burocráticos e com efeitos pontuais na melhoria da atenção, mas apesar disso seu estudo concluiu que as ouvidorias são uma inovação no SUS, devendo se ajustar a um modelo de escuta diferenciada dos usuários, com potencialidade de se constituírem em uma forma de democratização da gestão no sistema. Com o objetivo de analisar em que medida a Ouvidoria do Hospital Ophir Loyola (HOL), localizado no estado do Pará, cumpriu as suas atribuições quanto ao encaminhamento das manifestações dos usuários, Pereira (2011) constatou que 50% das manifestações cadastradas não foram atendidas quanto ao seu pleito, sendo que 8% destas se tratavam de mensagens não respondidas e 42% se referiam a respostas não satisfatórias. O estudo concluiu que a ouvidoria do HOL não conseguiu cumprir as suas atribuições institucionais devido ao comportamento da gestão frente às informações geradas no serviço de ouvidoria se mostrar pontual, com resoluções individuais e não voltadas para a coletividade no sentido de realinhar os entraves sinalizados pelo usuário, o que prejudicava o desenvolvimento da assistência de promover a aprendizagem institucional.

Procurando saber se as ouvidorias no SUS se constituíam como um espaço de participação e ao mesmo tempo um instrumento de gestão, Júnior (2012) analisou os relatórios gerenciais da OGS do MS referentes à assistência farmacêutica no período de 2008 a 2011, a fim de verificar se as manifestações dos usuários do SUS foram consideradas na elaboração listas de medicamentos do SUS publicadas no mesmo período. Ao final, verificou que a OGS se constituía como uma possibilidade de participação, mas que ainda não havia se tornado um ambiente de democracia participativa, não sendo vista como instrumento de gestão, pois nos relatórios gerenciais não foram consideradas pelo MS, as manifestações dos usuários sobre a elaboração da lista de medicamentos. Por este estudo, o autor considerou que a OGS ainda está se instituindo como ambiente de democracia participativa, o que possibilita que o MS enquanto órgão pertencente ao aparelho estatal brasileiro esteja gradativamente mais

permeável à escuta das vozes dos usuários dos serviços de saúde. É importante ressaltar que o cidadão-usuário que busca a ouvidoria e os trabalhadores que atuam neste órgão tem como expectativa que as demandas tramitadas internamente por este canal tenham algum tipo de consequência para o interior das instituições, porém, Antunes (2008) apontou que “enquanto mecanismo de participação, as ouvidorias estão muito distantes de afirmarem-se como um mecanismo de controle social”, ainda que sejam entendidas pelo próprio MS e a SGEF como órgãos essenciais para a efetivação da participação dos usuários nos serviços de saúde.

De fato, há ainda no campo das ouvidorias de saúde um extenso caminho a ser percorrido não só para que estes órgãos se efetivem como canais eficientes de escuta ao cidadão, mas também para que as instituições onde elas estão alocadas levem em consideração o volume de dados e informações de que são depositárias, o que poderia ser entendido como o ato de levar em consideração a voz do usuário. Para a CGU “as ouvidorias podem configurar-se como um primeiro nível de participação, onde o cidadão, organizado ou não, estabelece uma interação com o Estado a partir de uma demanda por direitos de cidadania” (CGU, 2013, p.9), uma visão que corrobora a pesquisa de Souza e Soares (2010) sobre a percepção dos enfermeiros de uma unidade hospitalar de traumatologia-ortopedia a respeito das demandas de usuários da ouvidoria. Este trabalho concluiu que os dados oriundos deste canal representam uma rica fonte de informações ao expressarem o que os usuários dos serviços de saúde precisam e, ao utilizar adequadamente essas informações, a enfermagem pode descobrir como os usuários se sentem, buscando atendê-los em suas expectativas e reais necessidades. Pereira (2002) aponta que quando uma ouvidoria é criada em um ambiente institucional, embasado numa proposta reformadora, este órgão serve para enfatizar os princípios de democratização institucional, pois além de impactar na gestão ela ecoa a voz do cidadão oportunizando o efetivo envolvimento dos usuários, através da análise de suas demandas. A autora reforça ainda a necessidade do estabelecimento de estratégias de envolvimento e de disciplinamento internos, ressaltando que este envolvimento refere-se ao ato de acolher e considerar as demandas, como uma espécie de consulta aos usuários sobre os problemas e a qualidade do atendimento prestado pela instituição. Desta forma, as ouvidorias devem trabalhar para ser um espaço amplificador da voz dos usuários no interior das instituições, pois conforme aponta Arendt (2010) “é com palavras e atos que nos inserimos no mundo humano, e essa inserção é como um segundo nascimento” (ARENDR, 2010, p.221), e para proporcionar a inserção de que trata a autora estes canais devem estar dispostos e preparados para realizar uma escuta que proporcione um acolhimento humanizado. Como uma forma de ampliar o ato de escuta dos cidadãos-usuários de forma conjunta e enviar suas

demandas de forma agrupada para o interior das instituições, a pesquisadora Guimarães et al. (2011) apresenta um trabalho desenvolvido no ano de 2004, na região da Leopoldina-RJ, denominado de Ouvidoria Coletiva². Este trabalho envolveu profissionais de saúde, líderes comunitários e religiosos que se reuniram em fóruns mensais para apresentar e discutir as condições de vida percebidas nas comunidades em que atuam. A metodologia desenvolvida neste estudo ampliou a concepção tradicionalmente utilizada de ouvidoria, desenvolvendo uma escuta ativa em massa na busca de informações aprofundadas sobre as condições de vida das comunidades, por meio da incorporação do olhar de atores sociais que não somente vivenciam essa situação, mas que também se constituem como porta-vozes.

² A metodologia desenvolvida neste estudo amplia a concepção de ouvidoria tradicionalmente utilizada, pois envolve uma escuta ativa da população e conjuga elementos de ouvidoria com pesquisa social qualitativa. Promove uma busca de informações aprofundadas sobre as condições de vida das comunidades, por meio da incorporação do olhar de atores sociais que não somente vivenciam essa situação, mas também se constituem em porta-vozes – “ouvdores naturais” – dos grupos que representam. Trata-se de uma concepção que amplia a visão tradicional de vigilância à saúde, o que se torna relevante diante do adoecimento e sofrimento crescente da população e das dificuldades de acesso e resolutividade dos serviços públicos de saúde. Os fóruns da Ouvidoria Coletiva constituíram-se em espaços privilegiados de diálogo entre os saberes científicos e os populares, tendo ela sido concebida nos pressupostos do processo de “Construção compartilhada do conhecimento”, metodologia sistematizada no âmbito da Ensp, em que a teoria é desenvolvida a partir da prática, e na qual se procura promover a troca de saberes e o protagonismo popular. Baseia-se, na dimensão educativa, no construtivismo – em como nós construímos o conhecimento a partir de nossas experiências, estruturas mentais e crenças – e na educação popular de base freiriana – prática educativa que contribui para a construção de cidadania e acredita na capacidade dos sujeitos em elaborar critérios de análise próprios, por meio de experiências estimuladoras de autonomia e decisão, no diálogo e na reflexão crítica. Para a discussão dos resultados foram utilizados elementos metodológicos do discurso do sujeito coletivo, no que diz respeito tanto à organização dos discursos por meio do destaque de expressões-chave referentes às categorias prévias da pesquisa como à elaboração de uma síntese comentando descritivamente os dados obtidos em cada tema abordado. Foi utilizada, também, a teoria das representações sociais na compreensão do processo dinâmico de construção da realidade, tomando as representações do senso comum não como verdades absolutas, mas como teias de significados, que produzem uma versão da realidade, e que se constituem em conhecimento legítimo e motor das transformações sociais. Com o intuito de garantir a representatividade dos interesses das classes populares, bem como da Ouvidoria Coletiva proposta, cada grupo formou uma comissão composta pelos seguintes membros voluntários: um(a) profissional do centro de saúde, em razão do caráter formal e governamental da unidade de saúde, que normalmente recebe as primeiras demandas das classes populares da região; um(a) agente comunitário de saúde, em razão de realizar visitas domiciliares diariamente e, desse modo, conhecer os problemas que as classes populares enfrentam no seu cotidiano; duas lideranças de organizações populares, pois têm experiências em lidar com os problemas de saúde da população; duas lideranças de diferentes segmentos religiosos, devido à crescente busca das classes populares por essas instituições, onde as queixas são frequentemente expressas tanto em seus aspectos físicos quanto em relação ao sofrimento difuso. Além desses participantes, cada grupo contou com a presença de duas pesquisadoras, encarregadas de coordenar os fóruns, registrar as informações e elaborar os relatórios. Ao todo, participaram como informantes da pesquisa três profissionais de saúde, três agentes comunitários de saúde – que são, ao mesmo tempo, profissionais e moradores do local onde trabalham – e doze moradores/representantes das comunidades em que moram/atuam. Em cada uma das três regiões foi realizado um fórum mensal ao longo de seis meses do ano de 2004, totalizando dezoito fóruns. No último fórum de cada região os pesquisadores apresentaram os resultados aos participantes da pesquisa e, em conjunto, organizaram o seminário final, garantindo assim maior representatividade deles. Na busca de obter respostas mais espontâneas e menos dirigidas, os temas foram abordados com perguntas abertas e incluíram: alimentação e nutrição, expressões do sofrimento, acesso aos serviços de saúde, intensidade endêmica de determinadas doenças, frequência de morbimortalidade por questões externas, problemas na atenção à saúde e iniciativas da população em busca de solução para os seus problemas. Além dos fóruns, realizamos dois seminários: o primeiro no início do projeto para apresentar a pesquisa à Coordenação da Área Programática 3.1 e aos gestores das unidades de saúde pesquisadas, e outro no final para apresentar e discutir os resultados com os participantes da pesquisa, profissionais da área e coordenações de saúde das três esferas de governo: municipal, estadual e federal.

As ouvidorias públicas associadas a outros mecanismos de participação cidadã mencionados neste trabalho, devem ser compreendidas como instrumentos de auxílio para a construção de um país mais inclusivo politicamente e promotor de justiça social. As ouvidorias são órgãos que facilitam o acesso aos cidadãos à gestão pública, atuando como mais uma força indutora para as mudanças necessárias na dinâmica do funcionamento das instituições, na medida em que “ajudam a equalizar relações sociais e a ampliar o controle e a fiscalização direta da sociedade sobre o poder público” (IPEA, 2010, p.223). Isso reforça a necessidade de que os instrumentos de controle e participação cidadã que vêm sendo criados façam parte, principalmente, do imaginário e do cotidiano dos cidadãos-usuários e trabalhadores dos serviços de saúde. Para que isto ocorra, os responsáveis por estes instrumentos devem estar atentos para que estes não venham a ser julgados como espaços esvaziados de cunho meramente burocrático atuando de maneira pró-forma. Vázquez e outros (2003) procuraram analisar o nível de informação e a utilização pela população de dois municípios do Nordeste dos mecanismos de participação em saúde diretos: Conselhos Municipais de Saúde, Conferências de Saúde, Disque-Saúde e Ouvidoria de Saúde. Os autores concluíram que ainda é limitado o nível de informação da população estudada sobre os mecanismos institucionais de participação, quer seja individual ou coletivo, embora ocorra certa difusão da existência dos diferentes mecanismos entre a população. Segundo os autores como uma proporção considerável dos entrevistados afirmou desconhecer os mecanismos institucionais diretos de participação, estes resultados apontam para a debilidade das estratégias de divulgação para tratar da existência destes mecanismos, sobre como funcionam, e de informações sobre como participar, pois:

se o que se persegue é a participação da sociedade brasileira na tomada de decisões relacionadas com a gestão do SUS, ainda devem-se realizar amplas campanhas de educação ao público, começando pelos direitos da população e informação sobre o funcionamento do SUS. Estas campanhas devem orientar-se aos próprios serviços – cuja atuação tem uma forte influência sobre a atuação da população.
(VAZQUEZ et al.2003, p.589).

Embora ao longo do tempo venham sendo criadas diversas formas de legitimar e garantir no âmbito do SUS uma participação mais ampliada, não é difícil concluir que mesmo o público formado pelos usuários e trabalhadores do SUS ainda não se apropriou dos espaços destinados à essa prática. E este é um fenômeno que também atinge a sociedade em geral, devendo ser considerado como um desafio posto para a gestão participativa no SUS. Procurando dirimir este entrave o Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011, no art. 37 que

dispõe sobre o Contrato Organizativo de Ação Pública de Saúde, aponta como diretrizes básicas para fins de garantia da gestão participativa:

I – o estabelecimento de estratégias que incorporem a avaliação do usuário das ações e dos serviços, como ferramenta de sua melhoria;

II – a apuração permanente das necessidades e interesses do usuário;

III – a publicidade dos direitos e deveres do usuário na saúde em todas as unidades de saúde do SUS, inclusive nas unidades privadas que dele participem de forma complementar.

Em termos legais é visível o esforço dos órgãos centrais em criar condições para avançar rumo a uma participação social mais qualificada e ampliada, não só pelos atores que compõem os conselhos de saúde, mas também pelos usuários dos serviços de saúde e pela sociedade em geral. A contribuição que as ouvidorias podem ofertar para este avanço está no fato destes órgãos localizarem-se na ponta dos serviços das instituições, ou seja, bem próximo aos usuários. Isso, o que faz com que seja fundamental que os gestores destes órgãos ratifiquem assiduamente aos dirigentes das instituições das quais fazem parte, que as informações oriundas da percepção dos cidadãos-usuários devem ser utilizadas para contribuir com a melhoria da qualidade do atendimento prestado. No caso da saúde, as manifestações oriundas da ouvidoria podem auxiliar a promover as mudanças culturais necessárias para que o serviço deixe de ser considerado como uma prestação de favor do Estado ao cidadão que não possui condições custear um plano privado.

Com relação à atuação dos mecanismos de controle e participação social expostos neste trabalho, é importante ressaltar que estes fóruns devem agir como uma fonte indutora de justiça social, trazendo à tona questões como a ampliação da democracia e a conquista efetiva de direitos já previstos na constituição. Os conselhos, conferências e ouvidorias colocam na pauta do dia das instituições as expectativas, cobranças e necessidades dos cidadãos, porém, se com o passar do tempo, estes canais não consolidarem sua atuação de forma verdadeiramente comprometida com o cidadão que o aciona, correm o risco de perder sua credibilidade. Na área da saúde, a apropriação destes mecanismos pela sociedade em geral é ação urgente a ser trabalhada para que um aproveitamento aquém do esperado não soe como uma perda de espaço conforme aponta Telles (2011) ao discutir a noção de espaço público e espaço privado no pensamento de Hannah Arendt. Telles (2011) aponta que a perda do espaço público significaria a perda de um espaço reconhecido de ação e opinião, o que quer dizer a perda da liberdade que exige um espaço politicamente organizado para sua efetivação (ARENDR, 2011, p.4). Sem a participação efetiva da sociedade nos espaços destinados a esta

ação não há como existir na prática um sistema de saúde que funcione conforme os princípios que o conceberam, por isso este trabalho lança luz sobre a necessidade premente de compreender utilização da comunicação e da informação como formas de viabilizar a existência de práticas de diálogo em saúde mais inclusivas, que ampliem e facilitem o exercício do controle e da participação social no SUS nos espaços destinados à essa ação.

Para finalizar, partindo do instante de criação do SUS até o presente momento, devemos reconhecer o avanço e os esforços de muitos atores que se debruçaram sobre a construção deste projeto participativo na saúde, para que o SUS se tornasse um sistema de saúde para todos. Entretanto, ainda que o marco legal que sustenta este sistema preveja não só a criação de diversos mecanismos institucionais de participação para que a população possa exercer o controle efetivo sobre o serviço de saúde, há um descompasso entre o plano formal de gestão mais democrática dos serviços de saúde e a prática cotidiana nesses serviços (ANTUNES, 2008, p.4). Para Escorel (2013) a Reforma Sanitária só poderá se efetivar através da participação social, afirmando ainda, que é nas instâncias de controle social que deve residir e pulsar a utopia e o desejo de justiça social. Desta forma, pode-se concluir que pelo tempo de fundação destas instâncias já é passado o momento de deslocamento da fase de desejo utópico para a etapa seguinte, focada em estimular junto à sociedade em geral a prática de ações mais participativas. Isso é importante para que o termo participação deixe de significar tudo e nada ao mesmo tempo, como algo que todos concordam no âmbito do discurso, guiando a ordem do dia nas discussões acadêmicas e na formulação de políticas (IPEA, 2010, p.291), mas cuja aplicação prática não progride na velocidade esperada, haja vista a qualidade da assistência em saúde ofertada para a maioria da população brasileira.

CAPÍTULO 2

PARTICIPAÇÃO, COMUNICAÇÃO E INFORMAÇÃO NO SUS

Após a exposição no primeiro capítulo demonstrar os espaços de controle e participação social disponíveis no SUS, no capítulo dois a comunicação e a informação em saúde serão incorporadas a essa discussão, explicitando a importância da interação destes dois saberes nestes espaços, para o efetivo exercício da gestão participativa. Esta forma de abordagem em conjunto também auxiliará a fundamentar teoricamente o estudo da gestão participativa no TEIAS-Escola Manguinhos, avaliando o entendimento de que o exercício do controle e da participação social nas instâncias disponíveis nesta iniciativa necessita do aporte da comunicação e da informação.

Para expor a interação entre a saúde e a comunicação e como ela vem se constituindo ao longo do tempo, serão utilizados como eixo condutor os princípios doutrinários e organizativos do SUS, para demonstrar como estes balizam a prática comunicativa na saúde. Em seguida será explorada de forma mais detida a interface da comunicação e da informação, com a prática do controle e da participação social na saúde. Na seção seguinte, para alicerçar a discussão deste capítulo, também serão apontadas algumas críticas aos modelos tradicionais de comunicação. Isso é por considerar importante indicar que as opções atualmente fornecidas por estes modelos para trabalhar a comunicação em saúde, já não oferecem mais os subsídios necessários para atender as atuais demandas desta área de saber. Após isso será demonstrado o Modelo Mercado Simbólico, uma matriz comunicacional em rede, descentralizada e multipolar de representação da prática comunicativa nos processos de intervenção social que dão concretude às políticas públicas (ARAÚJO, 2004).

Por fim, a terceira parte deste capítulo tratará sobre a importância da mobilização social para fomento ao processo de participação na saúde, com ênfase na iniciativa TEIAS-Escola Manguinhos.

A criação do SUS, ocorrida a partir da articulação entre o movimento sanitário e os movimentos sociais, legitimada pela Constituição Federal de 1988 e pela Lei Orgânica da Saúde nº8080/90, esta última recentemente regulamentada pelo Decreto nº 7.508 de 28 de Junho de 2012, contribuiu para a concretização de enormes avanços no campo da saúde. De acordo com Lima et al. (2005) a questão da saúde, assim como outras demandas da sociedade brasileira por liberdades civis e bens coletivos que fossem capazes de minorar as marcantes desigualdades sociais e de acesso a serviços públicos, foi um dos eixos da luta social e política durante as décadas de 1970 e 1980, sendo que a grande novidade trazida pelo movimento

sanitário se constituiu no somatório saúde e democracia. A Constituição de 1988 definiu o SUS como uma rede de atenção regionalizada e hierarquizada para prestação de serviços e implantação de ações em saúde e, além disso, afirmou a importância de promover a saúde como um direito fundamental dos cidadãos, cabendo ao Estado a responsabilidade de executá-la, sob a determinação de que a “Saúde é um direito de todos e um dever do Estado”.

Para garantir seu funcionamento de forma plena, o SUS então foi balizado por princípios orientadores, divididos entre doutrinários e organizativos. No tocante aos princípios doutrinários, a universalidade preconiza o acesso universal aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência, a equidade aponta que todos os usuários devem receber atendimento de acordo com suas necessidades e a integralidade garante ao usuário uma atenção que contemple ações de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação com garantia de acesso a todos os níveis de complexidade do sistema. Quanto aos princípios organizativos, a descentralização trata do processo de transferência de responsabilidades da gestão para os municípios, com a definição de atribuições comuns e de competências específicas da parte da União, dos estados, do Distrito Federal e dos municípios, o princípio da hierarquização trata da divisão das ações e serviços de saúde em níveis de acordo com sua complexidade. Finalmente, a participação social se reveste em um dos mais importantes princípios do SUS, como uma forma de efetivação da democracia, que confere à gestão do SUS a transparência, o comprometimento coletivo e a busca por resultados eficazes, estando diretamente relacionada ao grau de consciência política e de organização da própria sociedade.

2.1) Os princípios do SUS e a comunicação:

Com base nos princípios inicialmente descritos, as autoras Araújo & Cardoso (2005) levantaram a necessidade de relacioná-los com a comunicação. Para compreender o que comunicação e saúde têm a ver, as autoras relatam esta é uma relação bem antiga, que na experiência brasileira se constituiu desde que o Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP) criado em 1920, incluiu a propaganda e a educação sanitária como estratégias para fazer face às questões de saúde. Desde então, de acordo com Cardoso (2006) a comunicação vem assumindo importância crescente na sociedade contemporânea, mas a despeito de sua complexidade, ainda predomina nas práticas de saúde o entendimento de que a comunicação é apenas um processo linear responsável pela ação de transmitir informações ou ideias de um polo emissor para um polo receptor. Os autores Araújo et al. (2009) reforçam a forte permanência de formas mais conservadoras de trabalhar a área da comunicação em saúde.

Eles apontam que mesmo com algumas experiências inovadoras em curso no SUS, comunicação em saúde segue tendo como características marcantes a transmissão de informações, uma execução centralizada, vertical, unilateral e com pouquíssimo espaço para escuta de outros atores que não fazem parte das instâncias que trabalham com esta área.

Desta forma, podemos notar que a comunicação e a saúde são campos onde é possível perceber a existência de uma interface histórica, pois ambas vem sendo atravessadas por variadas disputas e desafios constantes, onde nem sempre os contextos em que se dão estes embates são considerados. Portanto, retornando aos princípios do SUS, Araújo e Cardoso (2005) entendem que estes são também um eixo balizador da prática comunicativa no SUS. Para visualizar essa interface, segue abaixo o quadro 2 que relaciona os princípios doutrinários e organizativos do SUS, com uma descrição resumida de seu correspondente na comunicação, elaborado com base nas ideias concebidas por Araújo e Cardoso:

QUADRO 2 – Os princípios do SUS e a comunicação

Princípios doutrinários do SUS	Sua correlação com a comunicação
Universalidade	Seu correspondente seria a comunicação como um direito de todos. O discurso da democratização da comunicação na saúde se expressa na reivindicação pelo acesso ampliado e facilitado às informações necessárias ao exercício do controle social, e também a possibilidade de as pessoas não serem apenas destinatários de uma comunicação, mas interlocutores levados em conta como quem tem o que dizer e que quer ser escutado e considerado.
Equidade	Este princípio aponta para as diferenças, tendo como premissa a existência de uma sociedade desigual. Ele trata de estratégias redistributivas, falando também de especificidades, portanto de contextos, uma noção estruturante da C&S, que dentro do princípio da equidade chama atenção para as diferenciações sociais, com a decorrente exigência de práticas comunicativas que atendam a essa diversidade.
Integralidade	Este princípio trata da oposição à especialização, que começa no processo de formação profissional, sendo uma crítica que encontra correspondência no âmbito da comunicação. Normalmente a comunicação é delegada ao especialista, mas outros profissionais inseridos no campo da saúde desenvolvem estratégias de comunicação, mesmo que não seja de forma planejada. Desta forma, essa comunicação com tantas faces, sujeitos e ambientes não pode ser vista somente como exclusividade de comunicadores. Isso se remete ao trabalho multiprofissional, um desafio que se coloca também para os profissionais e setores da comunicação.
Princípios organizativos do SUS	Sua correlação com a comunicação
Descentralização	Essa diretriz faz parte do movimento no sentido de desconcentração do poder, opondo-se a forma autoritária da estruturação da própria sociedade, que leva a concentração dos meios de produção, do capital econômico, da política e da cultura. A palavra é fortemente concentrada, concluindo-se que o direito de falar e de ser ouvidor é desigualmente distribuído.
Hierarquização	Essa diretriz trata da capacidade comunicativa dos estados e municípios e dos setores não governamentais que deveria ser fortalecida, pelos órgãos de nível mais central, cuja missão deveria ser a de repassar recursos e apoiar

	tecnicamente os entes mencionados anteriormente, no seu esforço comunicativo. Assim, a hierarquização fortaleceria diretamente a possibilidade do exercício dos demais princípios e diretrizes, no âmbito da comunicação.
Participação	Como princípio do SUS, a participação recomenda que a sociedade seja ativa, e as autoras entendem que a participação transcende os conselhos de saúde, podendo e devendo manifestar-se de outros modos e por outras vias. A comunicação é estratégica para a relação dos conselhos entre si, entre os conselhos e os segmentos que as representam e as articulações com outras áreas importantes para a saúde, como a educação e o desenvolvimento social.

Fonte: Araújo&Cardoso, 2007.

Nota: Informações trabalhadas pela autora.

No artigo em que analisa os princípios do SUS e a comunicação Oliveira (2008) reforça que o tripé que sustenta este sistema são a universalidade, a equidade e a integralidade tanto no que diz respeito ao acesso igualitário aos bens e serviços, como também na participação nos mecanismos de decisão e fiscalização do sistema, tendo como característica marcante a existência de uma polifonia social e cultural. De toda forma, como também destaca o autor, os diálogos, as interfaces e as práticas sociais que envolvem os campos da saúde e da comunicação são infinitas, portanto, o que deve ficar marcado é que a interação entre estes dois saberes ainda possui enormes desafios a serem superados para que os princípios que servem para orientar tanto um quanto o outro possam se materializar em práticas que beneficiem os usuários e os trabalhadores dos serviços de saúde.

A estreita relação existente entre a comunicação e o controle social é apontada por Cardoso (2006) como um benefício e um incentivo à participação popular no processo de democratização do Estado, porém é preciso ter em mente que não é somente o ato de ir às reuniões que trará resultados positivos ao movimento de participação. Nos fóruns de controle e participação social há um universo de informações que devem ser buriladas para que possam fazer sentido e resultar em uma participação mais ampliada, entretanto conforme indica Oliveira (2013, p.16) “a maioria dos conselhos no Brasil, por diversas razões investe muito pouco em processos de comunicação e informação” o que vai de encontro ao que vem sendo debatido nas conferências nacionais de saúde e recomendado nas resoluções do CNS.

2.2) Comunicação e Informação: suas interfaces com Controle e a Participação Social no SUS:

O SUS trouxe mudanças que puderam ser notadas não somente no campo da saúde, mas em todos os setores que possuem algum tipo de interface com esta área, o que faz com que não seja possível dissociar o princípio do controle e da participação social da área da comunicação e da informação, já que estes são processos fundamentais e estruturantes para

que o referido princípio possa ser efetivado na prática cotidiana dos serviços de saúde e no próprio SUS. Por isso, o principal pressuposto deste trabalho é de que a efetivação prática da participação e do controle social na saúde, e mais especificamente na ponta do sistema onde estão localizados os serviços assistenciais, tem como contrapartida os processos de comunicação e informação, e que estes quanto mais escassos ou mal utilizados, inibem ou dificultam o ato de participação social pelos atores – usuários e trabalhadores – que fazem parte da área da saúde. Inicialmente, através da análise dos relatórios das Conferências Nacionais de Saúde (CNS), podemos notar que este pressuposto já vem sendo sinalizado e evidenciado neste fórum de controle social da saúde. É importante destacar que as CNS vêm recorrentemente apontando em seus relatórios finais a relevância da informação e da comunicação, e o quanto essas duas áreas estão associadas à temática do controle social e da gestão participativa na saúde. Isto poderá ser visto a seguir, partindo da análise do relatório final da 8ª Conferência Nacional de Saúde – CNS, ocorrida em 1986, até o documento da 14ª CNS, ocorrida em 2011.

A 8ª CNS representou um marco no campo da saúde no Brasil ao lançar luz sobre o tema “Saúde como um direito” e apontar que para garantir a toda população brasileira o direito à saúde, seria imprescindível estimular a participação da população organizada nos núcleos decisórios e nos vários níveis, assegurando o controle social sobre as ações do Estado (RELATÓRIO FINAL 8ª CNS, 1986). Em outro tema abordado neste fórum denominado “Reformulação do Sistema Nacional de Saúde”, foi pontuado que o novo Sistema Nacional de Saúde deveria garantir o acesso da população às informações necessárias ao exercício do controle social sobre os serviços, assegurando, a partir da constituição de um Sistema Nacional de Informação, maior transparência às atividades desenvolvidas pelo setor e a adoção de políticas de saúde que respondessem efetivamente à complexidade do perfil sócio-sanitário da população brasileira (RELATÓRIO FINAL 8ª CNS, 1986). O destaque à 8ª CNS como um marco reitera seu entendimento como instituinte da criação de um sistema de saúde que objetivava ser mais inclusivo e menos desigual. Esta conferência também deve ser lembrada como oportunidade de inserção da comunicação na agenda do novo projeto de saúde que se delineava ao colocá-la como um direito da população em seu documento final. Mais adiante, a 9ª CNS deliberou que fossem realizadas campanhas de esclarecimento à população, a respeito do papel e funcionamento dos conselhos de saúde e da seguridade social, objetivando sua atuação efetiva. Na ocasião da realização da 10ª CNS, seu relatório final determinava que “os conselhos e os gestores do SUS constituíssem e programassem novos mecanismos de participação, os quais deveriam ser asseguradas pelos gestores do SUS, todas

as informações necessárias para análise e deliberação das questões a eles pertinentes, bem como para divulgação aos usuários.” (RELATÓRIO FINAL 10ªCNS, 1996, p.42), e posteriormente o documento também afirmava que:

Os conselhos de saúde, com o apoio técnico e financeiro dos gestores do SUS, devem buscar a criação de espaços na mídia escrita, falada, televisiva e eletrônica para divulgar deliberações e informações dos conselhos de saúde; e que os gestores do SUS, prestadores de serviço e os trabalhadores de saúde devem simplificar a utilização do linguajar excessivamente técnico para possibilitar melhor compreensão tanto pelos conselheiros de saúde como pelos usuários do SUS.

(RELATÓRIO FINAL 10ª CNS, 1996, p.43)

A 11ª CNS seguiu reforçando a necessidade de uma divulgação maior das atividades dos conselhos e do exercício do controle social, ressaltando em seu relatório final a relevância da produção e divulgação de informações sobre o controle social pelos mais variados meios, conforme a realidade e possibilidades locais, indicando como estratégias possíveis e recomendáveis:

- a) Realizar um amplo trabalho de comunicação social patrocinado pelo Conselho Nacional de Saúde e Ministério da Saúde, recorrendo às diferentes mídias, inclusive com a criação de sites na internet, a fim de valorizar e estimular a participação e o trabalho dos Conselhos;
 - b) Promover campanha nacional de esclarecimento sobre o papel, as funções e as ações dos Conselhos de Saúde;
 - c) Produzir materiais informativos que expliquem as obrigações e direitos dos conselheiros para usuários, prefeitos, secretários, promotores e juízes
- (RELATÓRIO FINAL 11ª CNS, 2000, p.66)

Através deste percurso pelos relatórios das conferências é possível notar a necessidade dos processos de comunicação e informação estarem alinhados ao exercício do controle social no SUS. Entretanto, apesar do documento da 12ª CNS reconhecer que os conselhos de saúde avançaram significativamente no processo de formulação e controle da política pública de saúde, também demonstrou que estes ainda enfrentavam obstáculos importantes, como a ausência de outras formas de participação e a falta de uma cultura de transparência para a difusão de informações na gestão pública. No âmbito das diretrizes gerais do seu relatório final, foi colocada a necessidade de implementar uma política de informação e comunicação sob a responsabilidade dos conselhos e dos gestores de saúde das três esferas de governo, com garantia de dotação orçamentária, usando diversos meios de comunicação, para informar a população questões fundamentais para o exercício da participação da saúde como: o papel dos conselhos de saúde e a sua importância na legitimação das políticas de saúde e do SUS; a

composição e cronograma de reuniões deste fórum com a divulgação de informações sobre seus temas/deliberações e os princípios e diretrizes que regem o SUS (RELATÓRIO FINAL 12ª CNS, 2003).

O documento final da 13ª CNS, no eixo III denominado “A participação da sociedade na efetivação do direito humano à saúde” apontava para a necessidade de criar comissões de comunicação, informação e informática em saúde nos conselhos estaduais e municipais de saúde, com o objetivo de subsidiá-las na divulgação de suas atividades, em defesa do SUS e para mobilização da sociedade e do fortalecimento do controle social, estimulando a criação de uma rede de comunicação entre os conselhos de saúde. O relatório final desta CNS também sinalizou que os conselhos e as secretarias de saúde divulgassem a “Carta de Direitos dos Usuários da Saúde”³, viabilizando mecanismos de acesso a toda sociedade pelos vários meios de comunicação, devendo contemplar também as pessoas com deficiência visual. O documento também lançou luz sobre a necessidade do Conselho Nacional de Saúde e dos conselhos estaduais e municipais se responsabilizarem pela ampla divulgação dos relatórios finais das conferências de saúde para a população e para os ministérios públicos, utilizando vários meios de comunicação, para que as propostas deliberadas pudessem ter sua execução acompanhada e revisitada a cada nova conferência. Além disso, fez uma recomendação fundamental para ampliar a participação da sociedade e o exercício da cidadania, orientando que os Conselhos Municipal, Estadual e Nacional de Saúde organizassem, com ampla divulgação, suas reuniões em locais públicos e itinerantes (RELATÓRIO FINAL 13ª CNS, 2007).

Finalmente, na 14ª CNS, ocorrida em 2011, foi apontada a ausência de um fortalecimento da gestão participativa nas três esferas de governo, que contemplassem todos os componentes da Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa – ParticipaSUS. Além disso, o conteúdo do relatório final reiterou a necessidade de uma divulgação para a sociedade em geral e para os usuários do SUS, sobre as atividades dos conselhos de saúde, salientando a ampliação do controle e participação social na saúde. O documento final desta

³ De acordo com o Portal da Saúde (www.saude.gov.br), a “Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde” traz informações para que o cidadão conheça seus direitos na hora de procurar atendimento de saúde, reunindo o que considera como os seis princípios básicos de cidadania que asseguram ao brasileiro o ingresso digno nos sistemas de saúde, seja ele público ou privado. A Carta é uma importante ferramenta para que o cidadão conheça seus direitos e, assim, ajude o Brasil a ter um sistema de saúde ainda mais efetivo. Os princípios deste instrumento são: **1.** Todo cidadão tem direito ao acesso ordenado e organizado aos sistemas de saúde; **2.** Todo cidadão tem direito a tratamento adequado e efetivo para seu problema; **3.** Todo cidadão tem direito ao atendimento humanizado, acolhedor e livre de qualquer discriminação; **4.** Todo cidadão tem direito a atendimento que respeite a sua pessoa, seus valores e seus direitos; **5.** Todo cidadão também tem responsabilidades para que seu tratamento aconteça da forma adequada e **6.** Todo cidadão tem direito ao comprometimento dos gestores da saúde para que os princípios anteriores sejam cumpridos.

CNS destacava que é preciso divulgar pelos meios de comunicação, inclusive mídia eletrônica e digital e rádios comunitárias, o papel dos conselheiros, das conferências e dos conselhos de saúde (distritais, locais e gestores) e sua importância como órgão deliberativo do SUS, bem como os cronogramas e pautas de suas reuniões ordinárias, destacando as políticas e as diretrizes de atuação do SUS (RELATÓRIO FINAL 14ª CNS, 2011).

Esta análise dos relatórios das CNS serviu para ilustrar e fundamentar o quanto as áreas da comunicação, da informação e da saúde estão associadas e vem sendo atravessadas por lutas permeadas por avanços e recuos para garantir sua efetivação no SUS. Ao longo destes vinte e cinco anos de existência do SUS, é possível observar que a conjugação destas áreas é fundamental para a eficácia plena do exercício e da participação social pela sociedade. Mas ao reforçar esta ligação, estes relatórios também apontam para a contradição entre o que vem sendo debatido e deliberado a cada edição deste fórum, com o que ainda se vê como participação social na realidade material dos serviços de saúde. Como as pessoas irão se apropriar e participar de algo que não lhes parece ser nem um pouco familiar? Certamente a comunicação não deve funcionar como uma panaceia e conforme aponta Oliveira (2013) seu desafio não se resume apenas em produzir material educativo ou persuasivo, mas sim contribuir com a percepção de variáveis políticas, culturais e humanas presentes no local onde se pretende atuar, possibilitando assim o diálogo. A palavra comunicação deriva do latim *communicare*, que significa "tornar comum", "partilhar", "conferenciar", mas basta refletir um pouco sobre este significado e os sentidos que ele denota, para ver que na prática há ainda um longo percurso a ser transcorrido para que ela seja compreendida como um direito de todos, tal como ocorre com a saúde.

Especificamente no tocante a utilização dos processos de comunicação para a ampliação da gestão participativa e do controle social, é possível notar que há muito a ser feito, pois conforme destacado por Assis e Villa (2010) há necessidade de divulgação da existência das discussões e decisões tomadas pelos conselhos, assim como é muito importante a utilização de canais de comunicação e instrumentos que possibilitem a democratização da informação, como boletins informativos, cartilhas e jornais, entre outros, o que garantiria uma maior transparência das ações destes fóruns. Já Oliveira e Almeida (2009) em uma pesquisa realizada em Conselhos Gestores de Unidades, com o objetivo de averiguar a influência destes nas políticas de saúde do município de Campo Grande – MS apontam que é preciso estimular a cultura participativa pela mídia, através da divulgação de informações de interesse coletivo, como ética, transparência e fidedignidade em programas populares e de instituições de ensino superior, e nos diferentes veículos de comunicação. Estes autores ressaltam que a

mídia detém um grande poder de disseminar informação, o que pode incentivar o preparo e a renovação de conselheiros e, a partir disso, promover a mobilização social e a discussão de questões sobre o SUS nos conselhos das Unidades e nos espaços mais próximos de suas realidades, preparando a sociedade para uma gestão participativa. Retornando ao conteúdo dos documentos das conferências de saúde, o relatório final da 9ªCNS, aponta que os meios de comunicação têm um importante papel a cumprir na difusão da informação à população. O documento produzido por este fórum recomenda que:

a garantia de espaço gratuito nos meios de comunicação de massa para informações, em linguagem acessível, das atividades dos Conselhos de Saúde, bem como do SUS como um todo, no sentido de melhorar o nível de informação em saúde dos profissionais e da população em geral; que as assessorias de imprensa das instituições públicas integrantes do SUS exerçam ações de caráter institucional, voltadas ao atendimento do usuário, à informação da comunidade, com ênfase à conscientização da cidadania e a prevenção da saúde.

(RELATÓRIO FINAL 9ª CNS, 1992, p.38).

As recomendações de divulgação na mídia sobre o controle e a participação social corroboram com as avaliações de Oliveira e Almeida (2009), entretanto, ainda que elas não tenham se efetivado na prática, é preciso reforçar o quanto é imperioso que se materializem. Este tipo de movimento auxiliará os usuários e trabalhadores se apropriarem de fóruns como os conselhos e as ouvidorias enquanto espaços públicos possibilitando que sejam vistos e ouvidos, pois “aquilo que é visto e ouvido pelos outros e por nós mesmos constitui a realidade” (ARENDDT, 2010, p.61). A este pensamento da autora Oliveira (2013) acrescenta que quando não há investimento na comunicação e na informação o que deveria ser visto fica invisível na esfera pública e, sendo assim, não pode ser reconhecido (OLIVEIRA, 2013, p.18). Somente uma participação mais ampliada abrirá caminho para que o SUS se concretize como um sistema de todos e para todos, e não somente como única opção para aqueles que não podem arcar com os custos dos serviços da saúde suplementar. Oliveira (2004) também reforça que embora a comunicação e a informação continuem sendo reafirmadas pelas CNS como importantes estratégias para garantia da participação e do controle social, estes ainda são conceitos que necessitam ser mais problematizados, apontando que “em consequência dessa falta de problematização, os conceitos de comunicação e informação são definidos muito mais pela perspectiva instrumental e prescritiva do que pela perspectiva dialógica” (OLIVEIRA, 2004, p.2).

É importante reforçar que os documentos finais das CNS demonstraram que a comunicação e a informação possuem papel relevante no campo da saúde, principalmente, para auxiliar o exercício do controle e da participação social, contudo, isso traz alguns desafios aos profissionais envolvidos com a área de comunicação em saúde. O primeiro passa pela necessidade de convencer os gestores das instituições de que é preciso instituir no interior das mesmas ações efetivas que garantam o cumprimento do que vem sendo determinado nas resoluções do Conselho Nacional de Saúde. Pois, não basta somente a vontade e a disposição dos conselheiros em querer cumprir o que está acordado, os gestores das instituições têm que abrir espaço e criar as condições necessárias para que isso se efetive na prática. O segundo desafio aponta para necessidade de ponderar e problematizar sobre o modo predominante de pensar e de trabalhar a comunicação nas instituições de saúde. Porém, antes de explorar um pouco mais essas questões, segue o quadro 3 baseado nos autores Miége (2000) e Araújo & Cardoso (2007) que explicita os modelos tradicionais de comunicação mais conhecidos e suas principais características.

QUADRO 3 – Os modelos comunicação e suas principais características

MODELO	PRINCIPAIS CARACTERÍSTICAS
Teoria Hipodérmica	Considerava as pessoas inertes e indefesas diante do que lhes era dirigido através dos meios de comunicação, como se elas se assemelhassem a um alvo a ser atingido. Além disso, seu comportamento poderia ser condicionado e manipulado pelos meios de comunicação.
Matemático-informacional (Shanon-Weaver)	Não leva em consideração a interação com o receptor ou o papel das redes de comunicação. Seu principal objetivo é transmitir informações, tendo como característica a linearidade, unidirecionalidade, e o encerramento da comunicação em dois polos de relação, considerando os ruídos como fenômenos perturbadores. Tem como mérito prever que as mensagens sejam estruturadas na interface dos códigos do emissor e dos receptores.
Perspectiva Desenvolvimentista	Tem como matriz o modelo informacional, por acreditar na transferência de mensagens, mas fazia uma associação entre comunicação e desenvolvimento, considerando o receptor como espectador e objeto do processo comunicacional e entendendo que a missão da comunicação deve ser de mudar os valores do receptor, com este reconhecendo a superioridade do emissor. Preocupação em oferecer uma educação que eliminasse os hábitos que considerasse pouco saudáveis. Ainda utilizada nas instituições de saúde.
Two Steps Flow (Katz-Lazarsfeld)	Pode ser traduzido como o fluxo da comunicação em suas escalas. Propunham a ligação de comunicação de massa com a comunicação interpessoal. As mensagens da mídia (moda, política, consumo de bens) alcançam primeiro pessoas mais envolvidas e influentes, que são consideradas como líderes (ou guias) de opinião, que irão difundir as mensagens basicamente nas relações cotidianas que mantêm com grupos mais restritos. Este modelo leva a relativizar os efeitos diretos e não imediatos da comunicação.
Dialógico	Matriz que vai de encontro aos modelos hegemônicos vigentes, fundamentada na abordagem humanista e política de Paulo Freire. Nesta perspectiva os polos da relação comunicativa são equiparados como detentores de saber e produtores de conhecimento. Orientada pela interação, considera que as relações de poder como variáveis verticais que excluem as relações de poder horizontais.

Fonte: Miége, 2000Araújo e Cardoso, 2007.
Nota: Informações trabalhadas pela autora.

Partindo desta exposição podemos deduzir que ao pensar o ato de comunicação, este não deve ser compreendido somente como um conjunto de meios e ferramentas para viabilizar e transferir mensagens. Por isso é preciso refletir sobre o alcance e a efetividade da utilização de modelos de comunicação pouco dialógicos, que possuem como características a linearidade, a unidirecionalidade e que são de cunho basicamente transferencial. Na disciplina “Saúde, mídia e mediações” ministrada no ano de 2012 pelo profºValdir Castro Oliveira no Programa de Pós-graduação em Informação e Comunicação em Saúde da Fiocruz, foi apontado que embora não se possa dizer que os modelos tradicionais e instrumentais de comunicação preconizem apenas a verticalidade nas interações sociais e que os atores sociais nem sempre sejam eternamente passivos frente às suas estruturas e dinâmicas, o certo é que eles enfatizam uma forma de interpelação social e uma interação quase que exclusivamente centrada no emissor. Esta interação é baseada no processo de produção, correção ou adequação das mensagens a partir de um polo institucional de poder com o objetivo de que suas mensagens sejam assimiladas no campo da recepção. (OLIVEIRA, 2012).

Os modelos tradicionais de comunicação que sempre estiveram e ainda estão muito presentes em diversos segmentos, não só na área da saúde, valorizam basicamente duas figuras (emissor – receptor), negando os contextos e as condições de produção da informação, e desconsiderando as vozes que ocupam posições menos centrais na cena comunicacional. É possível notar que em órgãos centrais como o Ministério da Saúde (MS), o modelo instrumental se sobressai e se capilariza pelas demais esferas e instituições ligadas a ele, tratando a comunicação de forma muito conservadora, seguindo uma linha campanhista, padronizada, pontual e de práticas centralizadoras, que na prática não promove a universalidade, a equidade e a integralidade da comunicação em saúde.

Todavia é preciso reconhecer que não é uma tarefa simples romper com estes hábitos tão cristalizados e enraizados de trabalhar a comunicação em saúde, entretanto, é preciso sinalizar que um modelo que privilegia basicamente o emissor como principal agente, que elimina ruídos e que não leva em consideração o contexto em que o receptor está inserido, dificilmente poderá contribuir para uma comunicação em saúde mais inclusiva, pois conforme demonstra Araújo (2002):

O que ocorre com o modelo dominante da comunicação, é que diante de problemas que se formam em outros âmbitos, diagnostica-se como causa a

ausência de comportamentos e atitudes adequadas e apresenta-se como solução uma estratégia de comunicação que é basicamente disseminação de informações sobre como se deve proceder: amamente seu filho, não jogue lixo na rua, esvazie pneus e garrafas, use camisinha, não use drogas. História, contextos, relações de poder, estruturas físicas e institucionais, distribuição de renda, emprego e toda uma parafernália de variáveis que condicionam a situação em pauta são esquecidas, em prol de uma solução que contempla apenas uma hipotética transferência de conhecimento. (ARAÚJO, 2002, p.283)

A autora Pitta (2007, pg.45), ressalta que apesar de notar que grande parte do que vem sendo adotado já “não responde mais às demandas em comunicação de gestões de pretensões participativas” também aproveita para alertar que “persistir neste modelo, significa adotar como política de comunicação entre governos e municípios um conjunto de normas e formas de fazer que nos façam recuar os horizontes de gestões mais democráticas do SUS” (PITTA, 2007, pg.45). Assim, os desafios a serem ultrapassados na comunicação em saúde, podem ser entendidos como possibilidades de mudança, pois conforme aponta Oliveira (2004):

a comunicação dentro de uma perspectiva dialógica e educativa, deve ser entendida e direcionada para criar condições de participação nas quais os participantes de um determinado processo comunicacional se transformem em sujeitos de argumentação e de opinião, para buscar esclarecimentos e propor ações e processos de sociabilidade baseados em princípios de cooperação e de compartilhamento de sentidos, ao contrário dos processos comunicacionais voltados para o exercício do poder de dominação, de manipulação e de coerção. (OLIVEIRA, 2004 p.8)

Desta forma é importante avaliar se os modelos hegemônicos continuam sendo capazes de atender as necessidades e as demandas atuais da comunicação em saúde. É preciso que as áreas responsáveis pela comunicação nas instituições saiam da “prisão” que as restringe ao papel de informar, disseminar, transferir, e abram caminho para a adoção de processos comunicacionais e informacionais que permitam a troca entre diferentes saberes e atores que nem sempre se localizam nos lugares mais centrais de interlocução. Para auxiliar a problematizar esta avaliação, a partir deste ponto do trabalho será descrito um modelo que pode ser entendido como outra possibilidade de fazer comunicação em saúde. Trata-se do Modelo Mercado Simbólico concebido pela pesquisadora Inesita Araújo (2004, p.167), que se mostra como uma matriz comunicacional que “deseja representar a prática comunicativa nos processos de intervenção social que dão concretude às políticas públicas”. Esta matriz entende que um dos propósitos da intervenção social deve ser o favorecimento de uma reinstitucionalização democrática e participativa para criar uma nova ordem social de

convivência (TORO, 2005, p.51). O modelo de Araújo pode ser entendido como um modelo de comunicação para políticas públicas (ARAÚJO, 2004), e seu foco não está centrado nas vozes autorizadas, que no caso da saúde geralmente são formadas pelos profissionais e gestores, e no caso das instituições pelas grandes empresas de propaganda e marketing. Outro diferencial neste modelo é o fato do ruído tido como algo danoso nos modelos verticalizados, pode representar algo além do que uma interferência negativa, podendo somar importantes contribuições à cena comunicacional. Em sua tese a autora explica que:

A noção de mercado simbólico se opõe à de “pensamento único” (*mainstream*) e assim como existe uma luta política para se contrapor ao pensamento único sobre a globalização, há a possibilidade de uma luta por um funcionamento do mercado simbólico mais equitativo. O Modelo do Mercado Simbólico pretende descrever e ajudar a compreender determinadas realidades comunicativas, com vistas a um planejamento estratégico de intervenção nessa realidade.
(ARAÚJO, 2002, p.306)

A autora também destaca que “a perspectiva do mercado simbólico é um modo de compreender como se formam os sentidos sociais, portanto, como se formam as condições de percepção e ação das pessoas sobre o mundo” (ARAÚJO, 2002, p.293), acrescentando que a comunicação vista sob essa ótica se trata de “um mercado de desiguais e a negociação que nele se processa tem o caráter de luta por posições de poder discursivo. Como toda luta, supõe confrontos e embates, mas também acordos e alianças, sinergias.” (ARAÚJO, 2004, p.168). Para alcançar melhor a relação entre um mercado e o ato de comunicação a autora explica que:

a partir da noção de comunicação como um mercado simbólico, pode-se definir a prática comunicativa como o ato de ativar o circuito produtivo dos sentidos sociais. Uma estratégia de comunicação é, então, o modo como se ativa algum fragmento desse circuito e como se participa do mercado simbólico, lugar onde os sentidos sociais são produzidos.
(ARAÚJO, 2004, p.170).

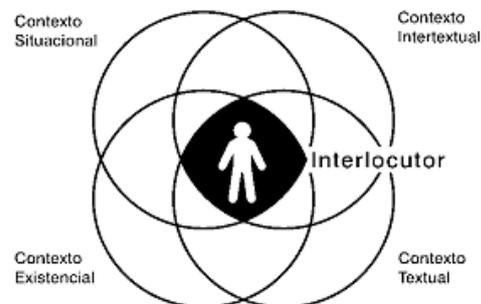
Desta forma, fazendo um contraponto aos processos mais tradicionais de comunicação, para Araújo (2002, p.308) a “comunicação é o processo de produzir, fazer circular e consumir os sentidos sociais, que se manifestam através de discursos” e conforme descreve a autora:

1) Esse processo caracteriza um mercado simbólico, no qual o circuito produtivo é mediado por uma permanente negociação.

- 2) Esse mercado pode ser operado por indivíduos ou por comunidades discursivas⁴, considerados no modelo como interlocutores.
 - 3) Cada interlocutor ou cada comunidade discursiva ocupa nesse mercado uma posição, que se localiza entre o centro e a periferia discursivos, posição que corresponde ao seu lugar de interlocução e lhe confere poder de barganha no mercado simbólico.
 - 4) Cada interlocutor desenvolve estratégias de trânsito entre as posições visando sempre uma maior aproximação com o centro. Essas estratégias se apoiam em fatores de mediação, que são fatores que favorecem ou dificultam o fluxo entre as posições.
 - 5) Os fatores de mediação são de ordem pessoal, grupal coletiva ou organizacional, material ou simbólica e ocorrem em contextos cuja articulação determina o lugar de interlocução.
- (ARAÚJO, 2002 p.308, 2004 p.167;168)

Para esta autora o papel do interlocutor se opõe ao de emissor/receptor desmanchando a estrutura linear do processo de comunicação. Para a autora o modo de cada interlocutor participar do mercado simbólico é resultante da associação de vários contextos, sendo que de acordo com Araújo (2004, p.171), os contextos mais relevantes para um modelo comunicativo são o existencial, o situacional, o textual e o intertextual, conforme a representação da figura 1 a seguir:

FIGURA 1 – Representação dos contextos para um modelo comunicativo



Fonte: Araújo, 2004.

⁴ De acordo com Inesita Araújo (2002) comunidades discursivas são grupos de pessoas, organizados ou não de forma institucional, que produzem e fazem circular discursos, que neles se reconhecem e são por eles reconhecidos. Uma pessoa pode ser, sob determinadas condições, uma comunidade discursiva. Esses grupos encarregados da produção e gestão textual possuem uma hierarquia interna (instâncias de decisão e poder, um centro e uma periferia) e uma organização de trabalho; desenvolvem relações com outros que dividem o mesmo espaço discursivo, sejam de antagonismo ou cooperação; dispõem de mais ou menos recursos financeiros e dependem de modo diferenciado das fontes geradoras desses recursos; seus membros possuem uma história e uma motivação para estar ali e desenvolver aquele trabalho. Esses fatores afetam os discursos produzidos e as estratégias de circulação. Não são, pois, meros porta-vozes de um discurso que lhes transcende, mesmo que assim se julguem, sejam técnicos, religiosos, militares ou militantes.

Araújo aponta que a nossa capacidade de comunicar deve ser proporcional à nossa capacidade de contextualizar, e se os contextos e as especificidades dos interlocutores não são levados em conta no processo comunicativo a comunicação não se efetiva, fazendo com que não se produza sentido. O quadro 4 abaixo descreve o significado de cada um dos contextos utilizados por Araújo:

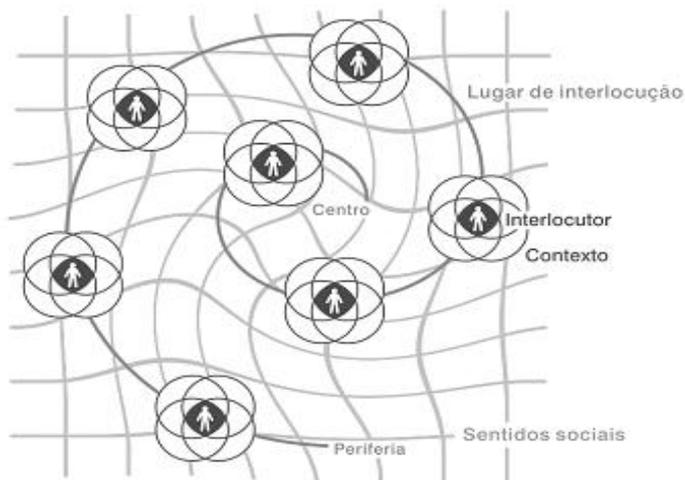
QUADRO 4 – Descrição dos tipos de contexto:

Contexto existencial	Fala da pessoa no mundo, suas condições e seus modos particulares de vida, dentre eles moradia e acesso à educação e saúde.
Contexto situacional	Designa a posição que cada pessoa ocupa na sociedade, na situação de comunicação e que define seu lugar de interlocução: central ou periférico.
Contexto textual	Trata dos textos que circulam no tempo e no espaço, “contaminando-se” mutuamente e co-determinando os sentidos possíveis (um mural de uma unidade de saúde, uma página de jornal, um período de veiculação de campanha na TV).
Contexto intertextual	Trata da continuidade de textos na memória das pessoas. Cada enunciado ativa uma cadeia de remissões, que funcionam como uma força ativa na constituição dos sentidos (por exemplo, a memória do discurso higienista alterando as condições de apropriação de uma campanha para o controle do <i>Aedes aegypti</i>).

Fonte: Araújo&Cardoso, 2007

No esquema a seguir a figura 2 representa graficamente o Modelo Mercado Simbólico elaborado por Araújo:

FIGURA 2 – Representação do Modelo Mercado Simbólico



Fonte: Araújo, 2004.

A matriz comunicacional construída Araújo foi aportada em alguns pensadores e suas teorias, sendo resultante da articulação de elementos conceituais já existentes em outros quadros teóricos. Para somar a isso a autora acrescentou o conceito de lugar de interlocução, que se trata da “posição que cada indivíduo ou comunidade discursiva ocupa no mercado

simbólico” (2004, p.173). Para compreender de forma mais detida a construção desta matriz comunicacional, algumas ideias e seus autores serão demonstrados, pois foram importantes para a autora elaborar sua matriz. Vamos iniciar pelos conceitos de polifonia e dialogismo, desenvolvidos pelo filósofo e crítico literário russo Mikhail Bakhtin.

De acordo com Correia e Ribeiro (2012, p.336) a polifonia “indica a presença de múltiplos pontos de vista de vozes autônomas não submetidas a um centro de poder. Essas vozes são equipolentes, coexistem e interagem em igualdade de posição”, para Araújo e Cardoso (2007), a polifonia é um conceito que não pode mais ser ignorado, pois de acordo com o pensamento bakhtiniano “em cada fala, enunciado ou texto há uma multiplicidade de vozes, que correspondem a interesses e posições diferentes na estrutura social. A linguagem torna-se uma arena de embates sociais, onde são propostas, negociadas e ratificadas as relações de poder.” (ARAÚJO e CARDOSO, 2007, p.56). Com relação ao conceito de dialogismo, Correia e Ribeiro (2012, p.336) explicam que ele se assenta em algumas perspectivas. A primeira perspectiva refere-se ao modo de funcionamento real da linguagem, da comunicação, quando um enunciado se constitui em relação aos enunciados que o precedem e aos que o sucedem na cadeia de comunicação; a segunda atribui-se ao fato do enunciador incorporar o discurso de outrem ao seu, o que vai além da perspectiva anterior, por estar se tratando de um discurso alheio demarcado no nosso, então o dialogismo é visível e, finalmente, a última perspectiva remonta ao princípio de constituição do indivíduo e seu princípio de ação, onde “o sujeito, então, se constitui discursivamente ao apreender vozes sociais que conformam a realidade em que se insere e, ao mesmo tempo, suas inter-relações” (CORREIA e RIBEIRO 2012, p.336).

Para Araújo e Cardoso (2007) o dialogismo de Bakhtin refere-se ao “modo particular como as vozes são articuladas” (2007, p.57) o que imprime à comunicação uma dinâmica distinta daquela apresentada no modelo informacional, passando a entendê-la não mais como transmissão de conteúdos prontos, mas sim como um “processo de produção de sentidos sociais” (ARAÚJO e CARDOSO, 2007, p.57). Neste aspecto é importante fazer uma diferenciação entre o dialogismo de Bakhtin e de Paulo Freire, onde para este último “é indispensável ao ato comunicativo, para que este seja eficiente, o acordo entre os sujeitos, reciprocamente comunicantes” (FREIRE, 2011, p.89), Araújo e Cardoso (2007) explicam que o dialogismo freiriano fala de acordos e de interação e que o dialogismo de Bakhtin remete para a diferença de interesses e os embates sociais, sendo a linguagem um lugar de lutas e negociações, e de construção do real, sendo desta forma “indissociável da disputa do poder simbólico” (ARAÚJO e CARDOSO, 2007, p.57).

Araújo também explica que o Mercado Simbólico deve ser compreendido como um modelo de negociação, mas numa perspectiva de disputa de poder simbólico. De acordo com Pierre Bourdieu (2009, p.14) o poder simbólico é aquele que trata do poder de constituir o dado pela enunciação, é o poder de fazer ver e fazer crer, de confirmar ou de transformar a visão do mundo, e deste modo, a ação sobre o mundo, sendo um poder invisível que só pode ser exercido com a cumplicidade daqueles que não querem saber que lhe são sujeitos ou mesmo que o exercem Bourdieu (2009). Este autor mostra que “o que faz o poder das palavras e das palavras de ordem, poder de manter a ordem ou de subverter, é a crença na legitimidade das palavras e daquele que as pronuncia, crença cuja produção não é da competência das palavras.” (BOURDIEU, 2009, p.14), para auxiliar a compreender o que Bourdieu sinaliza, Oliveira na disciplina “Saúde, mídia e mediações” ministrada em Nov/2012 apontou que as mensagens produzidas e postas em circulação ainda privilegiam os polos institucionalizados de poder e consciente ou inconscientemente, os diferentes atores sociais ligados à saúde reproduzem relações de poder que são incompatíveis com os princípios do SUS e com a gestão participativa na saúde (OLIVEIRA, 2012).

Por fim, é importante falar sobre o conceito de mediação, pois no modelo de comunicação proposto por Araújo (2002) a mediação é entendida como:

a propriedade exercida pelo elemento que possibilita a conversão de uma realidade em outra. O conceito é aplicável a realidades que são eminentemente discursivas, portanto mutuamente constitutivas, mas que apresentam, sempre, um efeito ideológico de diferenciação, daí a idéia de conversão, de transformação. Ampliando o campo de definições, entendo que os fatores de mediação permitem e promovem o fluxo dos indivíduos e comunidades discursivas entre os diversos lugares de interlocução, favorecendo e mesmo determinando o equilíbrio de forças. É, então, um conceito que encerra a ideia de movimento, mas também a de condições de produção, o que permite perceber que as mediações constroem os polos da relação, não sendo destacáveis delas.
(ARAÚJO, 2002, p.259).

Contudo, embora o termo mediação não seja novo, ainda apresenta entendimentos variados não possuindo até o momento pelos seus estudiosos um consenso a respeito de seu significado. Este entendimento pode ser dificultado por ele ser utilizado em diversas áreas, como por exemplo, a judicial. Para esta área a mediação é um processo voluntário que oferece àqueles que estão vivenciando alguma situação de conflito a oportunidade e o espaço para solucionar estas questões, e seu objetivo é a obtenção de um acordo o que poderá se constituir em um modelo de conduta para as gerações futuras. As ouvidorias seguem basicamente esta

mesma linha, sendo o ouvidor representante do papel de mediador para o restabelecimento do diálogo entre as partes e, conseqüentemente, para o tratamento e resolução dos conflitos.

Araújo e Oliveira (2012) sinalizam que Martin-Barbero, o autor que mais tem trabalhado sobre este conceito na América Latina, “inverte a tendência comum dos estudos de comunicação centrada quase que exclusivamente nos *mass media* para o das mediações em que a produção, a circulação e a compreensão dos sentidos se colocam transversalmente entre diferentes matrizes culturais e políticas”. Desta forma, durante a disciplina “Saúde, mídia e mediações” ministrada em Nov/2012 Oliveira sinalizou que o conceito de mediação também pode ser invocado metodologicamente como uma maneira para compreender, analisar e implementar as políticas públicas de saúde representadas pelo SUS e de que maneira suas proposições comunicacionais contribuem para estabelecer o diálogo. Este mesmo autor ao observar o trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) no âmbito da Estratégia de Saúde da Família (ESF) considera que o papel destes nas reuniões com a comunidade deve ser o de mediadores comunitários, entendendo isso como uma maneira de facilitar a relação da equipe de ESF com a comunidade. Mas, por outro lado, alerta para o risco de criação de uma nova estrutura de poder que pode inibir ou marginalizar a participação do restante da população (OLIVEIRA, 2013, p.9).

Como pôde ser visto o modelo de comunicação proposto por Araújo demonstra que é possível perceber e conduzir a comunicação em saúde de forma mais plural e dialógica, o que vai ao encontro das conclusões de Cardoso (2006, p.45) quando esta afirma que “o fortalecimento do Sistema Único de Saúde (SUS), da participação e do controle social precisam de novas formas de fazer e de entender a comunicação”. Assim, é necessário que tanto as vozes autorizadas quanto às demais que não se encaixam nesta condição se aproximem de temáticas como a participação e o controle social, o direito à saúde e o próprio SUS.

A ausência de escuta de diferentes vozes que não estão localizadas em posições mais centrais no interior das instituições, e que por isso parecem ter mais dificuldade de participar dos fóruns destinados ao exercício do controle social, demonstra que ainda há um longo caminho a ser percorrido no tocante à prática efetiva da participação social por estes atores. Os conselhos, sejam municipais ou distritais, estão aí, mas quantas pessoas conhecem esses órgãos? Quantos cidadãos que frequentam as salas de espera de unidades de saúde sabem da existência das reuniões, pautas, propostas e deliberações destes fóruns? Quantos usuários e trabalhadores conhecem o papel das ouvidorias? O trecho abaixo do trabalho de Antunes em

dez unidades de saúde do RJ expõe o conhecimento dos usuários a respeito da ouvidoria nas unidades pesquisadas:

A principal forma de divulgação e encaminhamento dos usuários ao serviço de ouvidoria tende a ser a propaganda oral dos funcionários dos hospitais visitados bem como a dos próprios usuários já atendidos pela ouvidoria. Na verdade, ao contrario do que é dito nos relatos dos ouvidores, o serviço de ouvidoria não é suficientemente conhecido na maioria das unidades e não possui uma avaliação formal de seus usuários.
(ANTUNES, 2008, p.3).

Os cidadãos só poderão ter melhores condições de exigir um serviço de qualidade, e elementos para contribuir com um SUS humanizado, universal, integral e equânime se tiverem acesso às informações que possam subsidiá-los nesta tarefa. Os gestores que se propõem a criar políticas públicas que irão resultar em uma intervenção social precisam aprender a considerar que o usuário, ou seja, o maior interessado e beneficiário, deve ser estimulado ativamente a participar de seu planejamento. Isso é genuinamente gestão participativa. Os fóruns de controle e participação social, atuando dentro de suas especificidades sempre poderão ser o *locus* mais adequado para iniciar e organizar a condução deste processo, pois:

A ideia de um sistema de participação social fundamenta-se no reconhecimento das especificidades dos diferentes mecanismos participativos a partir das densidades e complexidades que cada um pode proporcionar, considerando-os, ao mesmo tempo, como parte de um sistema integrado de comunicação com o cidadão.
(CGU, 2013, p.9).

Em uma pesquisa desenvolvida junto ao Conselho Distrital de Saúde (CODS) da AP3.1 no período de 1994 à 1995, Carvalho (1996) já apontava que as estratégias de comunicação poderiam ser adotadas pelos conselhos de saúde, buscando o agendamento dos meios de comunicação de massa em busca da ampliação da esfera pública e a visibilidade social dos problemas de saúde. Privilegiando o olhar dos conselheiros usuários, este trabalho tematizou alguns problemas abordados pelo Conselho Distrital da AP3.1, como por exemplo, a necessidade de adoção de práticas de comunicação que ampliassem a visibilidade social do Conselho que estariam, assim, articuladas com o aprofundamento deste caráter, enquadrando o propósito de "ousar cumprir a lei" na fronteira da real distribuição do poder na gestão da saúde. O trabalho sob a autoria de Souza (2011) ao investigar e analisar os processos comunicacionais que interferem no exercício das funções deliberativas dos Conselhos

Municipais com base em um estudo sobre o Conselho Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, apontou em seus resultados que o conselho é, estruturalmente, uma instância democrática aberta a diversas formas de manifestação e de reivindicação da população acerca das questões de saúde, constatando-se que os processos comunicacionais (internos e externos) relacionados à sua função deliberativa são complexos e múltiplos. No entanto, foram evidenciadas diversas formas de deficiência na comunicação interna entre conselheiros, o que na prática acaba facilitando que o segmento formado pelo gestor imponha a sua lógica sobre os procedimentos deliberativos, reiterando-se as relações assimétricas entre os conselheiros.

Os autores Oliveira e Almeida (2009) na pesquisa junto aos Conselhos Gestores de Unidades do município de Campo Grande – MS demonstraram que os elementos informação e comunicação são imprescindíveis para fortalecer a participação e construir um sistema de saúde que privilegie a atenção básica, facilitando o aprendizado da terminologia da política de saúde. Não importando qual seja a escolaridade ou o segmento de gestão do conselheiro, os autores colocam que é necessário adequar a linguagem e o direcionamento metodológico, alçando a informação como elemento básico para a participação da população, e como instrumento fundamental para a democratização. Moraes (2006, p.21) reforça esta afirmação ao assinalar que “a informação e a comunicação são fatores essenciais para a construção e a implementação de um sistema de saúde básico, principalmente quando ele objetiva fortalecer a participação popular, reconhecendo sua importância no campo do controle social”. Já para Silva et al. (2007):

a informação possui uma dimensão política e estratégica para os processos decisórios nos conselhos de saúde, fazendo-se necessária a existência de mecanismos participativos e democráticos. O acesso às informações precisa ser democratizado e as barreiras existentes superadas, para que o aparato que envolve a informação em saúde esteja a serviço dos sujeitos políticos. (SILVA, 2007, p.684).

Esta autora também acrescenta que a existência de informações disponibilizadas de forma acessível é capaz de potencializar a “argumentação dos sujeitos políticos coletivos nos processos decisórios” (SILVA et al., 2007, p.686). Para destacar e chamar atenção para a importância dos planos de comunicação em saúde Oliveira (2008) sugere ser necessário que as propostas democráticas ofertadas pelo SUS já tenham foco no ato da construção destes planos, pois:

o planejamento e os planos de comunicação e informação em saúde devem ser contemplados a luz dessas propostas democráticas. Nessa concepção, o

processo de comunicação é compreendido como processo de produção de sentidos sociais. Ao reconhecer a polifonia social potencializa a multiplicidade de vozes presentes na arena social representando diversos interesses, demandas que permitem uma melhor compreensão dos conflitos sociais, das relações de poder e de atos de cooperação presentes em todo ato comunicativo. (OLIVEIRA, 2008, p.13).

É importante reiterar que de forma alguma o somatório formado pela comunicação e pela informação deve ser entendido como uma espécie de remédio para todos os males, com capacidade de resolução de todas as questões que surgem, quando ambas são conjugadas com a área da saúde. Na verdade a atuação em conjunto dessas duas áreas de conhecimento auxilia o reordenamento da discussão ao mostrar o ato comunicativo não como um facilitador de situações, mas sim como um multiplicador de desafios para a construção de soluções (NETO, 2007).

Na área da saúde o direito à participação necessita ser mais difundido e estimulado junto aos atores que se situam na ponta dos serviços assistenciais, pois é este indivíduo que inquestionavelmente tem a condição de oferecer sua contribuição de modo a construir um sistema de saúde mais equânime e de mais qualidade. Conforme sinaliza Moraes (2006), o exercício do controle social no SUS confere um grau maior de preocupação para seus partícipes como, por exemplo, o ato de manifestar-se sobre as condições de vida e a situação de saúde local que mobiliza os demais movimentos sociais atuantes em outros setores para uma ação solidária em prol da defesa da saúde. Essa afirmação pode ser remetida à questão de Manguinhos, pois o território conta com diversos fóruns de participação, porém, o que se vê são poucas pessoas apontando e deliberando sobre questões que atingem a muitas pessoas, o que reforça a necessidade de uma participação mais ampliada e ostensiva do conjunto da população.

Para capilarizar e qualificar o exercício do controle social pela sociedade, o acesso à informação pública torna-se fundamental, pois ele auxilia na realização de intervenções em uma dada realidade local. A informação pública e a participação social devem ser compreendidas como um direito imaterial de todo cidadão, e é preciso deixar claro que neste momento não cabe avaliar se este ator irá extrair algum proveito positivo dessa informação ou se demonstrará desinteresse pela mesma. Desta forma, a discussão não deve seguir por este caminho, pois atualmente o que se vê é que os atores e instituições que detém posições mais centrais se mostram como vozes potentes, e por conta disso possuem maior poder e visibilidade nos espaços públicos, assim como, melhores condições para preservar essa posição ao serem mais facilmente vistos, ouvidos e reconhecidos.

Para Moraes (2006) tão importante quanto o acesso às informações, é a apropriação de todo o potencial informativo intrínseco em seu conteúdo, do seu significado para a luta específica a ser empreendida, a pertinência e a relevância de um determinado argumento para o objetivo que se pretende. Oliveira (2013) revela que a comunicação e a informação envolvem o significado ou a interpretação de mensagens, mas seu conteúdo só adquire sentido para o público a que destina se estiver relacionado com questões práticas e cotidianas deste público (OLIVEIRA, 2013, p.3). Conforme ressaltam Araújo e Cardoso (2007) “a informação aprofundou os fundamentos e métodos da produção de dados e sua conversão em informação, e a comunicação deu mais atenção aos procedimentos pelos quais a informação pode ser tratada, circulada e transformada em saberes pelas pessoas e instituições” (ARAÚJO&CARDOSO, 2007, p.31).

O acesso à informação representa um instrumento de mudança de paradigma na área do controle social, porém, “a informação em saúde é trabalhada como recurso/instrumento (matéria prima) que agrega valor a produtos e processos” (MORAES e GÓMEZ, 2007, p.555), e isso é algo que precisa ser reavaliado. É fundamental que a sociedade em geral tenha acesso a informação de forma mais facilitada para que a prática do controle social se materialize no cotidiano dos serviços de saúde como um direito de todos o poderá fazer com que até mesmo as críticas ao sistema de público de saúde sejam mais bem fundamentadas, trazendo contribuições verdadeiramente sólidas para seu o aperfeiçoamento. É mais um desafio para o campo da saúde tornar a informação como algo acessível aos usuários do SUS, conforme aponta Silva (2006):

Não basta divulgar os dados pura e simplesmente, é necessário apresentar a informação numa linguagem adequada, de forma a permitir que qualquer sujeito possa se apropriar do conhecimento. Em outras palavras, um dos maiores avanços da saúde pública brasileira, será quando pudermos socializar dados, pesquisas e informações através dos diferentes meios de comunicação (internet, jornais, revistas, rádio, TV...) para a população usuária do SUS de forma ágil e clara.
(SILVA et al., 2006, p.685).

Finalmente, podemos concluir que o estabelecimento de processos de comunicação mais dialógicos em saúde e a democratização da informação se traduzem como fatores emancipatórios para o cidadão, quando alinhadas ao exercício do controle e da participação social, pois neste momento a gestão participativa nasce. Neste aspecto, é importante citar um trecho da Política Nacional de Informação e Informática em Saúde PNIIS (2013), que indica:

2. A promoção da democratização das informações em saúde é um dever das instâncias gestoras do SUS, em suas três esferas de governo, como um dos alicerces da cidadania e da justiça cognitiva.
3. A informação em saúde é elemento estruturante na promoção da equidade e abrange todo o universo da população brasileira e do conjunto de ações e serviços do Sistema Único de Saúde;
4. O acesso gratuito à informação em saúde é um direito de todo indivíduo, cabendo ao Poder Público dispor, nos termos da lei, sobre sua gestão e regulamentação;
(PNIIS 2013, p.11).

2.3) Mobilização, comunicação e participação em saúde:

Após a exposição sobre a comunicação e seus modelos mais utilizados, a importância do acesso à informação e a associação destes dois saberes à prática do controle e da participação social na saúde, é importante tratar também da temática a respeito da mobilização social. Em última instância, para que as pessoas participem de maneira mais ativa e efetiva a favor de um propósito em comum é necessário fazê-las se mobilizarem em torno deste. No caso da saúde, para que o SUS fosse concebido, certamente houve à época de sua criação um intenso movimento de mobilização de diversos setores da sociedade que mesmo sendo permeado por embates, progressos e recuos, resultou no que conhecemos hoje como um dos maiores sistemas públicos de saúde de prestação de atendimento universal a população. A relevância da mobilização social pode ser vista no trabalho conduzido por Batista et al. (2010) baseado nos resultados da aplicação dos pressupostos teóricos da pesquisa de avaliação no processo de implementação de uma política na saúde no município de Ponte Nova-MG. Neste trabalho os autores apontaram dificuldades na execução de ações que visam atender os objetivos das propostas aprovadas na Conferência Municipal de Saúde, o que permitiu notar que estas propostas estariam sendo elaboradas de maneira a dificultar o seu entendimento por parte dos conselheiros. Assim, notou-se um despreparo destes para entendê-las de modo a viabilizá-las na prática com eficiência, dificultando a compreensão dos interesses das coletividades que estes atores representam. O estudo constatou também que os membros do conselho se mobilizavam de maneira individual, demonstrando a inexistência de uma ação que se debruçasse sobre os interesses coletivos como, por exemplo, dos segmentos que representam. Dessa forma, os autores concluíram que tais dificuldades foram limitadoras da atuação dos representantes no conselho e gerando obstáculos à execução da política de controle social. Oliveira e Almeida (2009) na pesquisa mencionada anteriormente neste trabalho, realizada no município de Campo Grande – MS, também apontaram com relação à

organização e representatividade, haver a necessidade de fomentar a representação dos bairros e entidades, para estimular a mobilização social nas bases com reuniões nos bairros, exigindo-se para isso a participação de lideranças sociais e a antecipação da pauta do Conselho da Unidade, além da divulgação do que é controle social e o mecanismo de funcionamento do CGs. Os autores lançam luz para essas ações tenham a participação ativa do segmento trabalhador, especialmente dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), pelo fato destes atores terem contato permanente com os usuários. Por fim concluem que a aproximação corpo-a-corpo dos ACS com os usuários tem impacto significativo no processo de conscientização da população. As pesquisadoras Cardoso & Nascimento (2010) em um estudo que buscou identificar e analisar a percepção dos ACS quanto aos seus principais interlocutores, o grau de impacto destes interlocutores e as formas de comunicação predominantes no seu processo de trabalho no âmbito da equipe de Estratégia de Saúde da Família (ESF), apontaram na conclusão do estudo que a mobilização social envolvendo os profissionais e a população atendida no PSF é essencial para o alcance de resultados mais condizentes com os princípios do SUS, em especial aqueles que versam sobre a participação da população (2010, p.11).

Os resultados dos trabalhos destes autores corroboram a pesquisa de Abrunhosa (2011) cujo objetivo era compreender a relação do trabalho ACS com o Sistema de Informação da Atenção Básica (Siab). Neste trabalho a autora relata que em sua dupla condição de morador da comunidade e profissional do SUS, o ACS aparece como um facilitador ou mediador na criação de vínculos na comunidade, entre os seus membros e os profissionais e serviços de saúde, expressos em suas redes sociais. Mas apesar do aspecto inovador e transformador do trabalho dos ACS, foi observada a valorização institucional apenas da parte normativa destes trabalhadores, que no caso desse estudo, se expressa na utilização dos sistemas de informação. Então, a partir dos resultados encontrados, ela propõe pensar em alternativas que qualifiquem mais a prática dos agentes comunitários na área da comunicação em saúde, pois o ACS é considerado um profissional com potencial de facilitar a comunicação no âmbito local do PSF (CARDOSO e NASCIMENTO, 2010, p.2). Contudo, pelo exposto essa potencialidade tem sido deixada de lado, à medida que este profissional tem se prendido aos aspectos burocráticos de sua função e ao estabelecimento de uma comunicação verticalizada e instrumental com a população atendida por ele.

De acordo com Toro e Werneck (2004, p.13), “mobilizar é convocar vontades para atuar na busca de um propósito comum, sob uma interpretação e um sentido também compartilhados”, e os autores apontam que esta ação não deve ser confundida com manifestações de ordem mais geral, e com atos como aglomerações e passeatas, pois para que

um movimento se torne reconhecidamente um ato de mobilização é preciso que as pessoas que fazem parte do mesmo tenham a crença em um propósito comum. Estes autores apontam que a “participação em um processo de mobilização social é ao mesmo tempo um objetivo a ser alcançado, e meio para realizar outros objetivos” (TORO e WERNECK, 2004, p.28) e entendem que é ela inerente ao processo de mobilização e considerando-a como um valor democrático, seu alcance como valor e sinal democrático e a adesão de todos ao ato de participação como uma necessidade para o desenvolvimento social. Para Toro (2005) a democracia “é uma ordem autofundada: as próprias pessoas da sociedade decidem a ordem que aceitam para viver e que a transformam quando a consideram conveniente. Por isso, a democracia requer a participação de todos os membros da sociedade” (TORO, 2005, p.27), tal afirmação reforça o que vem sendo apontado neste trabalho, quanto ao papel que os espaços de controle participação social na saúde tem em auxiliar os usuários do sistema para a efetivação da gestão democrática.

No tocante ao objeto de estudo deste trabalho, a iniciativa TEIAS-Escola Manguinhos, é importante que os atores que fazem parte deste projeto, sejam trabalhadores e/ou usuários, se mobilizem de maneira a se apropriar dos mecanismos de participação para o efetivo exercício do controle e da participação social no território. Neste caso esta temática seria o propósito comum do ato de mobilização. O que na área da saúde em geral, também se mostra necessário, pois somente a apropriação dos mecanismos de controle social promoverá a uma mobilização em favor de um sistema melhor. Entretanto, para viabilizar na prática um projeto mobilizatório em prol do controle social no território de Manguinhos, é preciso haver o engajamento de um ator fundamental da equipe de ESF: o agente comunitário de saúde. Isto se deve simplesmente ao fato do ACS ser o verdadeiro elo entre a comunidade e a unidade de saúde.

Em sua metodologia de execução de um processo mobilizatório Toro (2004) atribui a determinados atores papéis que podem ser representados por uma instituição ou mesmo por uma pessoa, são eles: o produtor social, o reeditor social e o editor. Podemos considerar que na metodologia proposta pelo autor, o ACS se enquadraria como um reeditor, por conta do papel social que ele representa na localidade onde reside, o que se traduziria em um facilitador para a organização de um processo de mobilização a favor do controle social, pois:

“O reeditor é diferente dos chamados ‘multiplicadores’. Ele não reproduz um conteúdo o mais próximo possível da forma como o recebeu, mas o interpreta e o amplia para adequá-lo naturalmente ao seu público. A qualidade de seu trabalho não é medida pela fidelidade ao conteúdo original,

mas pelo enriquecimento da mensagem, pela sua adequação, através de uso de códigos, valores e experiências próprios daquele grupo, pelo correto entendimento dos propósitos e sentidos e pela participação que gerou.(...) O reeditor reforça o conceito de democracia e de cidadania, de uma sociedade que constrói sua própria ordem.”
(TORO, 2004, p.46)

Desta forma, podemos considerar que o engajamento do ACS é fundamental para que a condução e elaboração do processo de mobilização social tenha êxito. No caso do território de Mangueiros estes atores podem contribuir de forma muito positiva e consistente com este processo e com a adesão dos usuários dos serviços de saúde ao mesmo. Todavia, não há como criar condições para que isso se efetive na prática, sem o aporte da comunicação e da informação. Toro aponta que toda ação de mobilização social requer um plano de comunicação em sua base, e novamente ele ressalta o papel dos reeditores neste cenário, ao explicar que estes se sentem mais seguros e legitimados ao ter acesso às informações necessárias para uma participação livre e consciente. Ele coloca que o plano de comunicação deve ser estruturado levando-se em consideração os contextos locais, ou seja, o campo de atuação dos reeditores, pois o “conhecimento do campo de atuação dos reeditores é essencial para que a definição do conteúdo da comunicação e para a escolha dos veículos e canais que serão utilizados” (TORO, 2004, p.70). Por fim, falando especificamente da ponta dos serviços de saúde, se uma unidade tem o propósito de estabelecer uma gestão realmente participativa e democrática, esta deve passar pela via do uso ampliado dos espaços de controle e participação social. Então, para que os usuários em geral exercitem nestes espaços a prática da gestão participativa, é importante criar um processo de mobilização com este propósito para sua disseminação, e conforme pôde ser visto, para que tal processo seja exitoso a área de comunicação da unidade/instituição deve procurar fazer um trabalho em parceria com os ACS.

CAPÍTULO 3

TEIAS-ESCOLA MANGUINHOS: A OPORTUNIDADE DE UM ATENDIMENTO EM SAÚDE INTEGRAL E EQUÂNIME EM MANGUINHOS

Após a exposição dos principais mecanismos de controle e participação social no SUS e, posteriormente, a importância da comunicação e da informação para prover efetivamente o exercício da gestão participativa nestes espaços, o objetivo do capítulo três será tratar sobre a iniciativa TEIAS-Escola Manguinhos, o objeto de estudo onde este trabalho de pesquisa foi conduzido. A proposta de Territórios Integrados de Atenção à Saúde (TEIAS) foi lançada em 2009 pelo Ministério da Saúde (MS), com vistas a efetivar o aperfeiçoamento político institucional das formas de organização da atenção do SUS em âmbito nacional reafirmando os princípios de universalidade, integralidade, equidade, descentralização e participação social do sistema. De acordo com o MS (2009), a estratégia de TEIAS tem como principal desafio dinamizar o movimento de transformação das atuais regiões de saúde, que hoje estão conformadas como sistemas fragmentados, visando instituir dispositivos e mecanismos de integração de ações de produção de saúde, de suporte logístico e de gestão que ampliem o desempenho regional do SUS, assegurando acesso aos usuários dos serviços, equidade, efetividade clínica e sanitária, eficiência na alocação e utilização de recursos e, conseqüentemente, a satisfação dos usuários e trabalhadores da saúde. Desta forma, a estratégia de TEIAS pode ser entendida como uma iniciativa do MS para superar a fragmentação da atenção e da gestão das regiões de saúde, pois conforme aponta Campos (2011) a proposta de um sistema de saúde formulado para considerar a prevalência de problemas de saúde e do território, na disposição e no funcionamento dos serviços de saúde, tal qual sugerida no Informe Dawson⁵ (1920), ainda é um desafio para o SUS. (CAMPOS, 2011, p.2).

O MS também coloca que um dos pressupostos de implementação desta forma de atenção passa pelo fortalecimento da Estratégia de Saúde da Família (ESF) e através da Atenção Básica à Saúde (ABS) que conforme preconizado pela Política Nacional de Atenção

⁵ A organização dos serviços de saúde como sistema foi pensada, primeiramente, pelo médico britânico Bertrand Dawson no início do século XX, ao propor a reorganização do setor de saúde britânico. Suas ideias abrangiam elementos que se articulavam num plano da macropolítica por meio de um Estado provedor e controlador de políticas de saúde que sustentava o desenvolvimento da medicina curativa e preventiva sem dissociações por meio de instituições de diagnóstico e tratamento de casos agudos, cujo foco era o trabalho em equipe e o desenho de um sistema descentralizado e não hierarquizado, formado pela vinculação entre os serviços de saúde no formato de rede o que possibilitaria a circulação dos cidadãos nos níveis de atenção à saúde. (Menezes, 2011).

Básica (PNAB, 2012), é estruturante do conjunto de redes regionalizadas e integradas que devem compor a atenção à saúde no SUS:

A Política Nacional de Atenção Básica considera os termos “atenção básica” e “Atenção Primária à Saúde”, nas atuais concepções, como termos equivalentes. Associa a ambos: os princípios e as diretrizes definidas neste documento. A Política Nacional de Atenção Básica tem na Saúde da Família sua estratégia prioritária para expansão e consolidação da atenção básica. A qualificação da Estratégia Saúde da Família e de outras estratégias de organização da atenção básica deverá seguir as diretrizes da atenção básica e do SUS, configurando um processo progressivo e singular que considera e inclui as especificidades locorregionais.
(MS, 2012, p.22)

No programa “Mais Saúde: direito de todos 2008-2011” (2010) o Eixo 2 – Atenção à Saúde propõe que nos TEIAS sejam implantadas unidades de apoio e referência para atenção básica, ampliando a abrangência e a resolutividade das ações das equipes de ESF. O MS também coloca que questões como a transição demográfica e epidemiológica; o modelo de atenção hegemônico desumanizado, fragmentado com baixa responsabilização clínica e sanitária dos profissionais e dos serviços de saúde; a expansão dos custos assistenciais e a fragilidade da gestão regional do SUS, são problemas do modelo de atenção e de gestão que podem ser enfrentados por meio da estratégia dos TEIAS, o que significa a exigência de novas formas de organização desta rede de atenção e gestão da saúde. Finalmente, o MS prevê que nos TEIAS haja a valorização e a ampliação dos instrumentos de participação e controle social, de forma a influenciar o processo de formação de vontade política e a definição de prioridades, além de garantir a vocalização dos interesses plurais, pois muitas vezes as práticas de participação e controle social, nos processos de regionalização, são praticamente inexistentes, não garantindo que as necessidades identificadas e os interesses plurais de diversos atores tenham ressonância no espaço da gestão regional do SUS. Por isso, o modelo de gestão de TEIAS também deve envolver a disseminação de instrumentos inovadores de controle social, tais como fóruns regionais, pesquisas de satisfação do usuário, entre outros, cujas informações podem ser transformadas em subsídios de avaliação monitoramento das políticas de saúde no espaço regional.

No caso do município do Rio de Janeiro, a Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil (SMSDC-RJ) propôs a implantação de TEIAS, fundamentada numa metodologia de planejamento estratégico participativo (MENEZES, 2011), com a perspectiva de efetivar as diretrizes do SUS e atingir os objetivos dos Pactos pela Saúde no município de maneira a

aperfeiçoar a organização da rede de atenção à saúde com eficiência e efetividade (MENEZES, 2011, p.44). No ano de 2011 Menezes (2011) realizou uma pesquisa, cujos objetivos foram reconhecer os elementos constitutivos da fase de formulação dos TEIAS na perspectiva dos gestores, das instâncias centralizada e descentralizada do SUS do município do RJ, e analisar as potencialidades e as limitações deste desenho de rede. Através deste estudo o autor apontou que o processo de planejamento de um sistema de gestão do cuidado e da atenção à saúde para atender as necessidades dos usuários, em todos os níveis, dentro de um território composto por regiões e/ou macrorregiões autossuficientes por meio dos TEIAS, depende, primordialmente, da reorganização dos territórios, denominados hoje como Áreas de Planejamento (AP), tomando como base o estudo de suas potencialidades e a reestruturação da rede sob sua responsabilidade (MENEZES, 2011, p.25).

Desta forma essa reorganização dos territórios deve envolver todos os atores, institucionais ou não, públicos e privados, que possam contribuir para a dinâmica de constituição e manutenção de TEIAS. Assim, “o território ganha identidade, não em si mesmo, mas pela coletividade que nele vive e o produz” (MENEZES, 2011, p.22), resultando em uma aproximação que facilita a identificação da população, o planejamento local de ações de saúde e a interação do serviço de saúde com seus usuários. Esta organização em territórios integrados de saúde recompõe as APs do município RJ como instâncias de formulação e implementação de políticas de saúde, o que faz com que as Coordenações de Área de Planejamento (CAPs) exerçam a gestão das APs e atuem como agentes da melhoria das condições de vida nos territórios sob sua responsabilidade sanitária, “buscando superar o papel de escritórios da burocracia municipal” (MENEZES, 2011, p.19).

No ano de 2010 esta proposta de TEIAS foi implantada no Complexo de Manguinhos pela Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), que assumiu a responsabilidade de gerenciar as atividades e serviços de saúde da rede assistencial básica local. Em julho do ano de 1981 Manguinhos foi oficializado como um bairro da zona norte do Rio de Janeiro, sendo formado por treze comunidades ⁶ que cresceram no entorno da Fiocruz, instituição que possui estreita relação com seus moradores e o ambiente. De acordo com o cadastro realizado no período de 2010-2012, pelas equipes de (ESF) que atuam na região, há 13.220 famílias residindo no território que são compostas por 36.399 pessoas (SIAB/2012). No Complexo de Manguinhos a iniciativa TEIAS passou a ser conhecida como TEIAS-Escola Manguinhos, devendo ser

⁶ As comunidades que compõem o Complexo de Manguinhos são: Mandela de Pedra, CHP2, DESUP, Nelson Mandela, Samora Machel, Vila União, Comunidade Agrícola/Vila São Pedro, Parque Amorim, Parque Carlos Chagas (PCC), Parque João Goulart, Parque Oswaldo Cruz, Nova Vila Turismo e Vila Turismo (ENSP, 2012).

compreendida como uma intervenção social por trazer como proposta uma nova conformação das ações de saúde no território. De acordo com a coordenação desta iniciativa, o componente escola⁷ do TEIAS foi adotado com o propósito de pensar num processo de participação-gestão que tenha como objetivo não apenas a produção de bens ou serviços, mas também um espaço com função pedagógica, onde se produziria aprendendo. Por conta disso, esta iniciativa também pode ser entendida como um *locus* de inovação das práticas de ensino e de geração de conhecimento científico e tecnológico, que possam se traduzir na prática em melhorias das condições atuais de saúde e vida da população de Manguinhos. Conforme consta no documento “A experiência do Território Escola Manguinhos na Atenção Primária de Saúde” (2012), a pesquisa e o ensino são duas dimensões que caracterizam um território escola, e no caso de Manguinhos, ambas estão relacionadas à missão da Fiocruz auxiliando a incorporação de referenciais claros e transparentes sobre o território, ações intersetoriais e a ampliação dos processos de participação comunitária.

No âmbito da Fiocruz, o projeto TEIAS-Escola Manguinhos começou a ser desenhado em 2009, sendo marcado pelo início de uma articulação interna entre diferentes unidades da instituição – incluindo a Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP) – com a SMSDC/RJ. A reestruturação rede de atenção do município do RJ desde 2010 entende a cidade como um conjunto de territórios integrados e personalizados de assistência, o que faz com a iniciativa da ENSP de coordenar um Território-Escola, possa funcionar como uma fonte de soluções e perspectivas para a própria SMSDC/RJ. Além disso, de acordo com a coordenação do projeto, a construção deste trabalho desde a sua concepção até o acompanhamento de seu desenvolvimento, vem ocorrendo através de um grande movimento de mobilização social no bairro Manguinhos, que envolve a sociedade civil – Fórum Social de Manguinhos – gestores e profissionais de saúde locais, e a gestão municipal representada pela Coordenação da Área Programática 3.1. A Fundação para o Desenvolvimento Científico e Tecnológico em Saúde (FIOTEC) que já gerenciava outros projetos ligados às equipes de ESF que atuavam no Centro de Saúde Escola Germano Sinval Faria (CSEGSF), departamento

⁷ A concepção de “Território Escola” em Manguinhos toma como base o conceito de bairro-escola proposto pelo jornalista Gilberto Dimenstein, de desenvolver um programa de educação para a cidadania que estimule os alunos para além dos muros da escola assumindo responsabilidades comunitárias. O conceito de bairro-escola parte de dois pressupostos. “O ato de aprender é o ato de se conhecer e de intervir em seu meio, e que a educação deve acontecer por meio de gestão de parcerias, envolvendo escolas, famílias, poder público, empresas, organizações sociais, associações de bairro e indivíduos capazes de administrar as potencialidades educativas da comunidade.” Neste sentido o bairro passa a ser uma grande sala de aula. Segundo Pierre Levy, os processos educativos poderiam acontecer nos espaços da vida cotidiana, fortalecendo o componente social e humano local, com constituição de redes de relações, rede de aprendizagem e TEIAS de conhecimento. (ENSP, 2011, p.48).

vinculado à ENSP, passou a apoiar o projeto TEIAS-Escola Manguinhos, a partir de sua qualificação de Organização Social (OS).

Antes da construção deste sistema local de saúde para a população da região, o único equipamento de saúde em Manguinhos era o CSEGSF da ENSP, aberto no ano de 1967. O centro de saúde da ENSP atuava como porta de entrada da Atenção Primária à Saúde (APS), e em 2009 contava com oito equipes de ESF. Em março/2012 o CSEGSF/ENSP/Fiocruz, recebeu a confirmação de sua acreditação internacional pela *Joint Commission International* (JCI) – organização com maior experiência no mundo em avaliação de serviços – conferida pelo Consórcio Brasileiro de Acreditação (CBA).

Sob a coordenação do projeto TEIAS-Escola Manguinhos o perfil de atendimento assistencial em Manguinhos sofreu modificações com a adoção de diversas ações, sendo a maior delas a ampliação das equipes do ESF que passou de oito, quantitativo insuficiente para fazer a cobertura 100% do território, para treze equipes. Contudo, isso não significa afirmar que este modelo integrado à saúde da família já esteja totalmente concretizado, pois a cada dia ele vem se construindo e se consolidando no cotidiano local. A missão do TEIAS-Escola Manguinhos é desenvolver no Complexo de Manguinhos, um território integrado de atenção à saúde como espaço de inovação das práticas do cuidado à saúde, de ações intersetoriais, ensino e pesquisa visando à melhoria das condições de vida da população de forma participativa. A diretriz da integralidade é o eixo central da estratégia TEIAS, porque aponta para a possibilidade de articular ações e serviços de saúde em forma de rede, o que potencializaria os recursos existentes e responderia aos problemas de saúde dos cidadãos que vivem no território. (MENEZES, 2011, p.44)

Atualmente a iniciativa TEIAS-Escola Manguinhos conta com os seguintes equipamentos de saúde no território, conforme apresentado na figura 3:

FIGURA 3 – Esquema de organização do TEIAS-Escola Manguinhos



Fonte: Relatório “A experiência do Território Escola na Atenção Primária à Saúde, 2012.

Nota: Informações trabalhadas pela autora.

O atendimento a população está estruturado da seguinte maneira:

- **Equipe de Estratégia de Saúde da Família (ESF)** – na Clínica da Família Vitor Valla (CFVV) e no Centro de Saúde Escola Manguinhos (CSE-Manguinhos) – que funciona no espaço físico do CSEGSF/ENSP/Fiocruz – há treze equipes que contam com mais de duzentos profissionais contratados em regime de Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT) para atender em torno de trinta e sete mil pessoas que residem em Manguinhos. Cada equipe é composta por um médico, um enfermeiro, um técnico de enfermagem e seis agentes comunitários de saúde, que é responsável pelo cuidado dos moradores de uma ou mais localidades do Complexo de Manguinhos, o que equivale a cerca de três mil moradores. Estas equipes estão organizadas para atendimento nas clínicas mencionadas e as treze localidades foram divididas conforme mostra abaixo o quadro 5:

QUADRO 5 – Distribuição das localidades de Manguinhos por clínicas no TEIAS-Escola

Clínica da Família Victor Valla (CFVV): 6 equipes	Centro de Saúde Escola- Manguinhos (CSE): 7 equipes
Mandela de Pedra	Comunidade Agrícola/Vila São Pedro
CHP2	Parque Amorim
DESUP	Parque Carlos Chagas (PCC)
Nelson Mandela	Parque João Goulart
Samora Machel	Parque Oswaldo Cruz
Vila União	Nova Vila Turismo
	Vila Turismo

Fonte: Relatório “A experiência do Território Escola na Atenção Primária à Saúde, 2012.

- **Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF)** – implantado em Manguinhos em Agosto de 2010 tem o objetivo de promover o apoio matricial⁸ às equipes de ESF, a

⁸ É uma metodologia de gestão do cuidado inicialmente adotada em serviços de saúde mental, de atenção básica e da área hospitalar do SUS de Campinas-SP, Belo Horizonte-MG e também na cidade de Rosário/Argentina. Desde 2003, alguns programas do MS – Humaniza-SUS, Saúde Mental e Atenção Básica/Saúde da Família – também os incorporaram. O Apoio Matricial em saúde objetiva assegurar retaguarda especializada a equipes e profissionais encarregados da atenção a problemas de saúde, de maneira personalizada e interativa. Opera com o conceito de núcleo e de campo. Assim: um especialista com determinado núcleo, apoia especialistas com outro núcleo de formação, objetivando a ampliação da eficácia de sua atuação. Trata-se de uma metodologia de trabalho complementar àquela prevista em sistemas hierarquizados, a saber: mecanismos de referência e contrarreferência, protocolos e centros de regulação. O Apoio Matricial pretende oferecer tanto retaguarda assistencial quanto suporte técnico-pedagógico às equipes de referência. Depende da personalização da relação entre equipes de saúde, da ampliação dos cenários em que se realiza a atenção especializada e da construção

fim de contribuir para a adoção de práticas que propiciem um cuidado integral aos usuários. No NASF Manguinhos os especialistas matriciadores ampliam a potência de resolutividade das equipes de atenção primária. Seguindo as necessidades do território e as demandas das equipes de ESF, a composição do grupo foi sendo construída de forma gradual, inicialmente por médicos especialistas (Pediatra, Ginecologista, Psiquiatra e Cardiologista) seguido da ampliação da equipe multiprofissional (Psicólogo, Assistente Social, Fisioterapeuta e Educador Físico). Atualmente há onze profissionais contratados para o NASF de Manguinhos, contando-se também com o apoio dos profissionais do CSEGSF/ENSP.

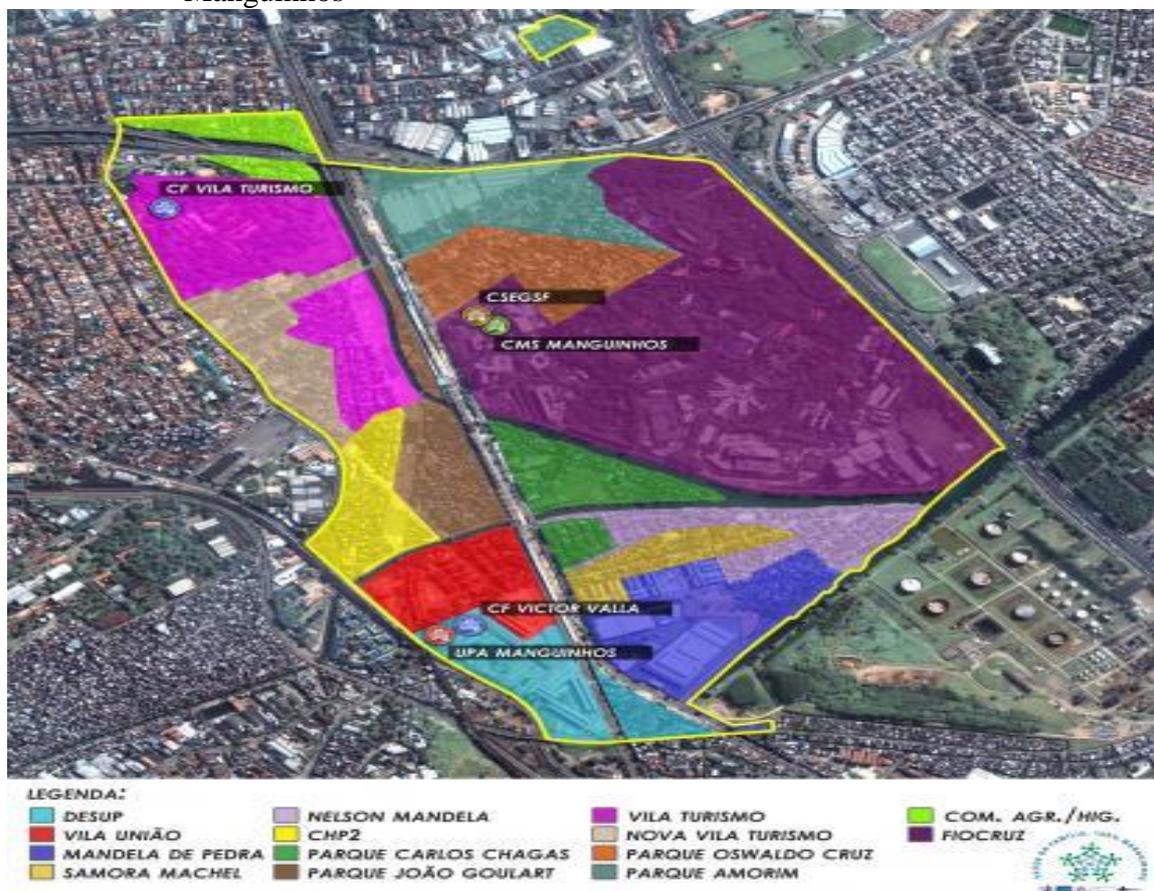
- **Equipes de Saúde Bucal** – há cinco equipes compostas por um dentista, um técnico e o agente de saúde bucal que atuam nas instalações do CSE-Manguinhos e da CFVV.
- **Equipe de Consultório de Rua (ECR)** – há uma equipe de formação multiprofissional composta por médico, enfermeiro, psicólogo, técnico de enfermagem, três agentes sociais, assistente social do NASF e apoio em saúde bucal. O ECR tem como objetivo de garantir à população que se encontra em situação de rua o acesso à atenção à saúde de forma mais rápida e eficiente. A dimensão do cuidado pela ECR ocorre em duas modalidades de intervenção: abordagem na rua e a abordagem clínica, realizada na CFVV.
- **Academia Carioca da Saúde** – inaugurada em 2011 na CFVV, é um programa de atividade para todos os moradores de Manguinhos, que está em consonância com o Programa Academia da Saúde/MS (Portaria nº719, de 7 de Abril de 2011) cujo principal objetivo é contribuir para a promoção da saúde da população. A proposta contempla a promoção de atividade física no território por meio de iniciativas e estratégias que compartilham com a população informações e orientações sobre

compartilhada de diretrizes clínicas e sanitárias entre os componentes de uma equipe de referência e os especialistas que oferecem Apoio Matricial. A ampliação de cenários significa um cardápio de atividades, que podem ir desde um atendimento conjunto entre profissionais de serviços diferentes, a participação em discussões de projetos terapêuticos, discussões de temas prevalentes, análise de estratégias para lidar com demanda reprimida, análise de encaminhamentos até a simples disponibilidade para contato telefônico para discutir urgências ou seguimentos. As diretrizes de risco devem prever critérios para acionar o apoio e definir o espectro de responsabilidade tanto dos diferentes integrantes da equipe de referência quanto dos apoiadores matriciais. (Campos, 2010, p.4)

princípios que lhe ajudarão a inserir, de acordo com sua realidade, o hábito de praticar atividade física e ter uma vida mais ativa.

Abaixo a figura 4 apresenta um mapa com a delimitação do espaço geográfico de cada uma das localidades dentro do território de Manguinhos, demonstrando a identificação e a localização das principais unidades de atendimento à saúde da população no território:

FIGURA 4 – Delimitação do espaço geográfico das localidades do Complexo de Manguinhos



Fonte: Relatório “A experiência do Território Escola na Atenção Primária à Saúde, 2012.

A seguir a figura 5 apresenta um mapa com a delimitação deste espaço por clínica de atendimento e com a localização da Fiocruz no território. Estas duas unidades que abrigam as treze equipes de ESF:

FIGURA 5 – Delimitação do espaço geográfico das equipes de ESF em Manguinhos



Fonte: Relatório “A experiência do Território Escola na Atenção Primária à Saúde, 2012.

Em Manguinhos a ESF é a responsável pelo primeiro contato com a população e a principal porta de entrada para a APS, sendo que para os casos de urgência e emergência a UPA é utilizada como porta de entrada. As equipes de ESF tem seu trabalho ancorado em um conjunto de ações primárias de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, em consonância com o que é orientado pela PNAB/MS. De acordo com o dicionário de Educação Profissional em Saúde (2000), publicado pela EPSJV/Fiocruz a 'Atenção Primária à Saúde' (APS) deve ser vista como uma estratégia de organização da atenção à saúde voltada para responder de forma regionalizada, contínua e sistematizada à maior parte das necessidades de saúde de uma população, integrando ações preventivas e curativas, bem como a atenção a indivíduos e comunidades. A APS incorpora os princípios da Reforma Sanitária, porém, como explicado anteriormente, na PNAB/MS (2012) ela é equivalente a Atenção Básica à Saúde (ABS). O MS prediz que além de porta de entrada

principal ao sistema, a ABS deve ser a ordenadora do acesso aos demais serviços e ações de saúde, o que é um grande desafio para o SUS. Para Abrahão et. al (2009) os termos APS e ABS são usados frequentemente na literatura e nos discursos dos profissionais da área de saúde como sinônimos ou para designarem conjuntos semelhantes de ações, conceitos e processos de trabalho (ABRAHÃO et. al, 2009, p.25).

A concepção do TEIAS-Escola Manguinhos está associada às ideias preconizadas pela promoção da saúde, com ações voltadas para a participação comunitária e a intersetorialidade para a transformação das condições de vida local, com vistas a garantir a ampliação do acesso à saúde. De acordo com Czeresnia (2003) um dos eixos básicos da promoção da saúde é o fortalecimento da ideia de autonomia dos sujeitos e dos grupos sociais, pelo fato da promoção envolver o fortalecimento da capacidade individual e coletiva para lidar com a multiplicidade dos condicionantes da saúde. Esta autora mostra que por um lado, numa perspectiva mais conservadora deste conceito, o Estado tem suas responsabilidades diminuídas delegando progressivamente aos sujeitos a tarefa de tomarem conta de si, mas por outro lado, numa perspectiva mais progressista, a promoção da saúde enfatiza a elaboração de políticas públicas intersetoriais voltadas para melhoria da qualidade de vida das populações, alcançando uma abrangência muito maior do que aquela que se limita ao campo específico da saúde, incluindo o ambiente local e global, e incorporando aspectos físicos, psicológicos e sociais. (CZERESNIA, 2003, p.39)

Por fim, a iniciativa TEIAS em seu processo de consolidação traz como desafio a construção de uma rede de saúde da família resolutiva e articulada com a atenção especializada, hospitais e órgãos como a UPA e os Centros de Atenção Psicossocial (CAP). Por isso é fundamental que a gestão do TEIAS-Escola Manguinhos consiga equacionar os desafios que esta iniciativa apresenta, para cumprir com êxito sua missão junto à população de Manguinhos e seus trabalhadores, possibilitando a replicação deste modelo em outras regiões de saúde.

3.1) O Conselho Gestor Intersetorial de saúde (CGI) como mecanismo de participação e controle social no TEIAS-Escola:

Segundo informações do Portal TEIAS-Escola Manguinhos (2012), a gestão participativa nesta iniciativa é um desafio para a busca de novas oportunidades de integração da política pública de saúde com a participação cidadã. Considerando as múltiplas dimensões

do território de Manguinhos, há em funcionamento no TEIAS-Escola Manguinhos os seguintes espaços de participação:

1. Conselho Gestor Intersetorial - CGI
2. Colegiado Interno de Gestão (CIG) – CFVV e CSE-Manguinhos
3. Conferência Local de Saúde – em julho de 2011 foi realizada a 1ª Conferência Local de Manguinhos.
4. Ouvidoria Fiocruz (<http://portal.fiocruz.br/pt-br/content/ouvidoria>)
5. Ouvidoria AP 3.1 (<http://cap31.blogspot.com.br/2011/03/ouvidoria-para-usuarios-do-sus.html>)

De acordo com o relatório da XI CNS, a ampliação do controle social a outras instâncias no SUS também foi aprovada na plenária final da conferência, o que indicou a necessidade de criação de Conselhos Gestores em todas as unidades e serviços de saúde, ambulatoriais ou hospitalares, públicos ou conveniados (incluindo os Hospitais Universitários), garantindo a participação dos trabalhadores e usuários na sua composição. A consciência da existência de problemas que afetam os sistemas municipais de saúde, mas que estão fora de sua possibilidade de ação isolada, indica a necessidade de criação de instâncias de controle social nos moldes dos conselhos de saúde.

No documento “A Gestão Participativa no TEIAS-Escola Manguinhos” (2010) o Conselho Gestor Intersetorial (CGI) do TEIAS-Escola Manguinhos está previsto como um novo espaço de participação e controle social das políticas de saúde e de exercício da cidadania, obedecendo aos princípios e diretrizes do SUS. O Regimento Interno prevê que o CGI/TEIAS atue na formulação, monitoramento e controle da execução da política de saúde no âmbito desta iniciativa, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, nas estratégias e na promoção da participação social em toda a sua amplitude. Este colegiado é composto por 48 conselheiros (24 titulares e 24 suplentes) constituído de forma paritária, conforme segue: 6 representantes da gestão conselheiros titulares + 6 conselheiros suplentes; 6 representantes dos trabalhadores conselheiros titulares + 6 conselheiros suplentes e 12 representantes dos cidadãos-usuários conselheiros titulares + 12 conselheiros suplentes. Todos os representantes, excetuando-se os representantes da gestão, são eleitos por meio de votação. Por sua natureza intersetorial, o CGI/TEIAS inclui além da representação do setor Saúde, o setor da Educação e da Assistência Social. Esta forma de composição intersetorial também está presente na representação dos usuários, por segmentos sociais.

Todos os mecanismos e instâncias de controle social do SUS que tem como um dos seus propósitos a garantia dos direitos dos cidadãos, e que em suas atividades cotidianas contribuem para a consolidação de um sistema de saúde mais justo, possuem também como tarefa constituir-se cada vez mais em espaços de fala, de escuta e de valorização das vozes localizadas em posições menos centrais. Embora Cortes (2002, p.44), lembre que “uma maior participação dos usuários não garante a redução das iniquidades na promoção e cuidados de saúde para a população”, o envolvimento e o comprometimento da gestão e de instâncias de caráter mais executivo são fundamentais para que o processo de exercício de gestão participativa, que se inicia com a escuta ao cidadão, culmine na adoção de ações e melhorias que possam ser vistas e compartilhadas pelos usuários.

Em seu trabalho Menezes (2011) concluiu que desconsiderar a importância do processo de capacitação e valorização para o exercício do controle social pelos gestores/profissionais, pode ser limitante para o sucesso da proposta de implantar a política de saúde que está inscrita na CF/88 por meio da estratégia TEIAS (MENEZES, 2011, p.44). Campos (2011) lembra que dentro das próprias equipes de saúde existe uma tendência de pouco diálogo interdisciplinar, já elas que são estruturadas por relações de poder excessivamente assimétricas (CAMPOS, 2011, p.3). Entretanto, Cardoso&Nascimento (2010) apontam que apesar de ainda haver no âmbito das ESF a reprodução de práticas comunicativas verticalizadas, muitos profissionais tem se ancorado na Educação Popular em Saúde (EPS) para dirimir essa questão, pelo fato da EPS priorizar a relação educativa com a população, procurando romper com a verticalidade da relação profissional-usuário (CARDOSO e NASCIMENTO, 2010, p.3). Diante desta proposta pautada em um modelo dialógico, o SUS pode considerar e aplicar na prática outras dimensões que produzam uma construção coletiva do conhecimento.

3.2) A ouvidoria como instrumento de participação e gestão no TEIAS-Escola Manguinhos:

De acordo com informações extraídas do Portal TEIAS-Escola Manguinhos (2012), além do CGI, está incluída nesta iniciativa o processo de Ouvidoria como uma sistemática de avaliação, por parte do usuário, das ações e serviços realizados na APS. Para isso as equipes de ESF, em contato frequente com os usuários e em reuniões com os moradores, fazem a análise do seu cotidiano, sendo instalado no CSE-Manguinhos e na CFVV um sistema de avaliação digital como mais uma ferramenta para auxiliar a melhoria da qualidade do serviço

de APS prestado aos moradores de Manguinhos. A gestão do TEIAS-Escola Manguinhos também prevê como mais uma forma de apuração das necessidades e interesses dos usuários, o contato com estes por carta, telefone e e-mail. Junto a esta atividade estão a Ouvidoria da Coordenação de Área Programática (CAP 3.1/Prefeitura RJ) e a Ouvidoria Geral da Fiocruz como órgãos acessíveis ao usuário do TEIAS-Escola Manguinhos e destinados a receber manifestações de reclamações, denúncias, sugestões e elogios.

Particularmente em relação à Ouvidoria Geral da Fiocruz, é observada a necessidade de uma aproximação maior dos usuários e trabalhadores do TEIAS-Escola Manguinhos com este canal de interlocução. Ao realizar um levantamento das manifestações cadastradas neste canal, no período de 2010-2012, afetas a todas as unidades prestadoras de serviços assistenciais na Fiocruz, somente 5% destas manifestações pertenciam a cidadãos atendidos pelo TEIAS-Escola Manguinhos. No caso desta iniciativa, ainda que por razões diversas, a procura por este órgão tenha sido incipiente, a adoção de mecanismos dispostos a sistematizar as queixas e as necessidades de saúde, propor melhorias, acompanhar a qualidade dos serviços prestados, o destino dos recursos e dar voz aos usuários, demonstra um grande avanço em direção a uma gestão efetivamente participativa.

3.3) A importância da comunicação e da informação no TEIAS-Escola Manguinhos:

Após descrever sobre os mecanismos de controle e participação social disponíveis no projeto TEIAS-Escola Manguinhos, podemos notar que a gestão participativa é uma das prioridades estabelecidas para a organização da atenção básica pela ESF nesta iniciativa. Segundo o documento “A experiência do Território Escola Manguinhos na Atenção Primária de Saúde” (2012), a gestão participativa requer a construção de um modelo de atenção que incorpore como questão essencial o vínculo, o acolhimento e a responsabilização, focando na autonomia e no autocuidado dos sujeitos, centrada nas pessoas, nas famílias e sua comunidade (ENSP, 2012, p.59). Além disso, o TEIAS-Escola Manguinhos compreende a comunicação como uma ferramenta importante para a gestão e para a saúde (ENSP, 2012, p.59). Desta forma, a informação e a comunicação devem ser consideradas adjuvantes essenciais para que o processo de gestão participativa se efetive.

Para efeito de elaboração desta pesquisa, com relação à adoção de ações de comunicação para promover a gestão participativa nesta iniciativa, foram inventariados nos documentos consultados as ferramentas de comunicação que seguem abaixo. Contudo, não há

muita clareza sobre a utilização, o acesso e o alcance às ferramentas relacionadas, pelos atores que fazem parte desta iniciativa:

1. Portal TEIAS-Escola Manguinhos (<http://www.ensp.fiocruz.br/teias/>)
2. Blog (<http://participacaocidada.blogspot.com.br/p/publicacoes.html>)
3. Vídeo: “Saúde da Família: 100% Manguinhos” com esclarecimento sobre o trabalho realizado pela ESF.
4. Calendário 2012 (com o mesmo objetivo do item três), distribuído em todos os domicílios.
5. Jornal “Comunidade na Saúde” com cinco edições: dez 2010/jan 2011 à jan/jul 2012
6. “Fale Conosco” com número de telefone 0800 disponível. Um na CFVV e outro no CSE-Manguinhos.
7. Ferramentas de comunicação em saúde.⁹

Conforme dito em momento anterior, a reorganização do atendimento à saúde com a implantação do TEIAS no Complexo de Manguinhos, pode ser entendida como uma intervenção social local. Tal entendimento leva a refletir sobre a maneira com que os diversos atores (gestores, usuários e trabalhadores) foram inseridos neste novo arranjo de atenção à saúde, pois conforme coloca Araújo (2002) embora o termo intervenção social não pareça o mais adequado, ele é “o que melhor descreve a ação pública ou privada de interferir numa dada realidade social, com o objetivo de provocar mudanças”(ARAÚJO, 2002, p.213). Isso significa dizer que a forma com que essas ferramentas de comunicação foram utilizadas para auxiliar neste processo, precisa ser analisada para compreender como os atores que já estavam situados no antigo modelo de atenção à saúde da região foram alocados nesta iniciativa.

Isso ajudaria a visualizar e avaliar melhor os avanços obtidos e os desafios que ainda precisam ser superados, especificamente no tocante a prática do controle e da participação social nos dois primeiros anos de funcionamento no TEIAS-Escola Manguinhos. É importante saber se todos as ferramentas de comunicação inventariados foram suficientemente e adequadamente utilizadas pela gestão do TEIAS, não só para disseminar a ideia de um território integrado em Manguinhos, mas também para promover junto aos seus atores o

⁹ No documento “A experiência do Território Escola Manguinhos na Atenção Primária à Saúde” (2012) não há uma explicação sobre este termo, já que os demais itens elencados se apresentam como ferramentas de comunicação do projeto.

estímulo a uma gestão participativa mais ampliada, através da utilização dos espaços de controle e participação social existentes na região.

O documento “A Gestão Participativa no TEIAS-Escola Manguinhos” (2010) aponta que tanto os movimentos populares quanto os pesquisadores da temática sobre participação social, já identificaram diversos aspectos significativos que obstaculizam o exercício efetivo do controle social e da gestão participativa na saúde, tais como a dificuldade de acesso a informações e a nem sempre adequada utilização dos processos de comunicação com usuários e trabalhadores. Assim, podemos considerar que o acesso à informação também se traduz em um elemento a ser considerado na hora de avaliar a capacidade de atuação dos atores sociais que participam dos fóruns de controle e participação social, na direção de garantir o direito a este acesso, já previsto em lei. Em um dos capítulos do livro “Saúde e Democracia” (FIOCRUZ, 2005) a pesquisadora Maria E. Labra analisa alguns documentos como os relatórios da 9ª à 12ª Conferência Nacional de Saúde e as publicações do Conselho Nacional de Saúde. Como resultante deste trabalho, dentre outros problemas relatados, a autora identificou que do ponto de vista dos conselheiros do segmento de usuários, as principais dificuldades que devem ser relacionadas à comunicação e a informação referem-se à:

Publicidade – Em geral, os CS não são conhecidos pela população salvo, quiçá, em municípios pequenos. Para isto concorre o fato de não utilizarem quaisquer meios (jornal, rádio, televisão, Internet etc.) para divulgar atividades ou iniciativas relacionadas com os programas de saúde ou com os problemas da comunidade. E quando existe essa divulgação, ela se restringe à afixação de breves notícias nos recintos dos serviços de saúde.

Participação da comunidade – O desconhecimento dos objetivos, das funções e mesmo da utilidade do CS se traduz em uma adesão escassa ou inexistente da comunidade e, portanto, em baixo ou nulo envolvimento na eleição ou indicação de representantes para conselheiro no segmento dos usuários.

(LABRA, 2005, p.371)

Para minimizar um pouco as situações expostas no trecho acima, as Conferências Nacionais de Saúde vêm enfatizando nos seus relatórios finais, a importância estratégica da comunicação e da informação, como essenciais para a efetivação do exercício do controle social e da gestão participativa no SUS, conforme acentua o relatório final da 14ª CNS:

Divulgar esses conteúdos também por meio de cartazes afixados nas unidades de saúde e outros espaços públicos apropriados, como escolas e templos, dentre outros, folhetos e outros veículos, contribuindo para divulgar direitos e deveres dos usuários do SUS e estimular, organizar e mobilizar a população a participar e exercer sua cidadania, inclusive tendo acesso a informações relevantes como: escalas de serviço, atividades das unidades e

dos distritos e painel de vagas dos serviços contratados, sempre utilizando linguagem acessível.
(RELATÓRIO FINAL 14^oCNS, 2011, p.16)

Por isso é importante compreender os processos de comunicação que vem sendo adotados pelos gestores do TEIAS-Escola Manguinhos, para saber de que maneira estes contribuem para levar aos usuários dos serviços e aos trabalhadores questões de interesse coletivo relacionadas ao exercício do controle social neste projeto, tais como: a pauta e a agenda das reuniões do CGI, as deliberações dos conselheiros, assim como, o próprio papel e a importância deste colegiado e das demais instâncias de gestão participativa para o território. Entender este processo também auxilia a compreender o reflexo e a efetividade das ferramentas de comunicação ofertadas para fomentar a mobilização dos usuários para a prática do controle social.

Para fins de exercício do controle e da participação social, a adoção de processos de comunicação entre as instituições e seus usuários de forma verticalizada e centralizada, gera impactos na utilização dos espaços destinados à prática da gestão participativa. Para visualizar melhor isso, o autor Oliveira (2008) aponta que “o modelo de comunicação e informação utilizado na saúde, especificamente no SUS, continua em grande parte atrelado ao modelo instrumental e, sem ser problematizado, tem inibido, por exemplo, a busca e a aplicação de teorias mais dialógicas e condizentes com as interações da vida social” (OLIVEIRA, 2008, p.13), uma realidade que é reforçada pelo trabalho de Cardoso e Nascimento (2010), que apontam:

Ainda que atualmente haja avanços importantes na área da comunicação em saúde, a prática da comunicação tradicional se repete, com as vozes dominantes procurando manter seu lugar de fala, a valorização de discursos verticalizados e uma escuta ainda reduzida de outros segmentos sociais, sendo esta uma das grandes dificuldades para avançar no processo de compreensão e de mudança efetiva nas dinâmicas locais.
(CARDOSO e NASCIMENTO, 2010, p.10).

Finalmente, é sempre válido reforçar que o emprego de ferramentas de comunicação e informação dialógicas focadas em ampliar a participação cidadã deve ser entendido como uma contribuição para o aprimoramento do SUS. Neste aspecto, é importante ressaltar o papel do ACS tanto na participação de elaboração destas ferramentas quanto na sua disseminação pelos usuários. O fato do ACS estar inserido na comunidade e na equipe de saúde, pertencendo ao mesmo tempo a esses dois grupos, faz com que este atue como facilitador na

criação de vínculos, na reorganização do trabalho em equipe, na ampliação do acesso aos serviços de saúde e na comunicação entre a comunidade e os profissionais de saúde. (CARDOSO e NASCIMENTO, 2010, p.3).

CAPITULO 4

4.1) PERCURSO METODOLÓGICO

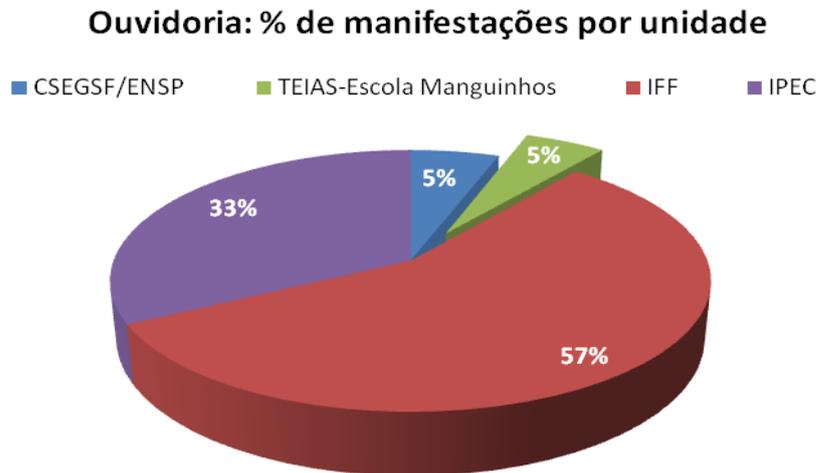
Coforme mencionado no capítulo três, no ano de 2009, a proposta de Territórios Integrados de Atenção à Saúde (TEIAS) foi lançada pelo Ministério da Saúde, e no ano de 2010, a Fiocruz assumiu a gestão da iniciativa TEIAS-Escola Manguinhos, com uma cooperação entre o Governo Federal, e os governos estadual e municipal do Rio de Janeiro. Desta forma a temática escolhida para discussão neste trabalho foi o papel da comunicação e da informação no exercício do controle e da participação social no território de Manguinhos. Para que isso pudesse se materializar, primeiramente foi necessário entender como os atores desta iniciativa – usuários dos serviços disponibilizados, trabalhadores das equipes de saúde da família e gestores – estão interagindo com alguns espaços de controle social disponíveis no local: conselho e ouvidoria. Em segundo lugar a proposta foi procurar saber de que maneira os recursos comunicacionais e suas respectivas estratégias, vem sendo utilizados para promover e estimular a prática da gestão participativa no local.

A iniciativa TEIAS-Escola Manguinhos se apresentou como uma nova conformação para as ações de saúde no Complexo de Manguinhos. Uma das justificativas para tê-la como objeto de pesquisa foi em decorrência da atividade de trabalho na Ouvidoria Geral da Fiocruz, canal criado nesta instituição no ano de 2005. Ao fazer um levantamento das manifestações cadastradas no sistema informatizado deste canal, no período de 2010-2012, somente 5% das mensagens afetas às principais unidades prestadoras de serviços assistenciais¹⁰ na Fiocruz, pertenciam a cidadãos atendidos no TEIAS-Escola Manguinhos, conforme demonstrado no gráfico 1. Portanto, é possível notar uma assimetria de procura por este canal entre as unidades da Fiocruz, ou seja, as manifestações originárias do TEIAS-Escola Manguinhos

¹⁰ No campo assistencial, a Fiocruz possui as seguintes unidades consideradas como suas principais: o Instituto de Pesquisa Clínica Evandro Chagas (IPEC) atende a pacientes portadores de doenças como HIV, HTPV, Doença de Chagas e Esporotricose. O Instituto Fernandes Figueira (IFF) destina-se ao atendimento da saúde da mulher, da criança e do adolescente. Sob a responsabilidade da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (ENSP) está o Centro de Saúde Escola Germano Sinval Faria (CSEGSF) situado no entorno do campus da Fiocruz, que presta serviço na área da atenção primária aos moradores do complexo de Manguinhos, atuando também na formação e capacitação profissional; o TEIAS-Escola Manguinhos que tem a atribuição de desenvolver ações da Estratégia de Saúde da Família (ESF) no território, as equipes de ESF estão alocadas no CSE-Manguinhos, que funciona no espaço físico do CSEGSF, e na Clínica da Família Victor Valla (CFVV); o Centro Hélio Fraga (CHF), que atua na área de pneumologia sanitária, em especial no controle da tuberculose, para desenvolver, monitorar e avaliar ações, políticas, normas e estratégias, apoiando estados e municípios e, finalmente, o Centro de Estudos da Saúde do Trabalhador e da Ecologia Humana (CESTEH), que recebe trabalhadores referenciados acometidos por agravos de saúde adquiridos através do trabalho ou ocasionados pela contaminação do meio-ambiente.

praticamente inexitem, apesar do elevado número de pessoas (37 mil usuários) que faz parte deste território.

GRÁFICO 1 – Manifestações à Ouvidoria Fiocruz por unidade



Fonte: Relatório da Ouvidoria Geral da Fiocruz 2010-1012.

Além da questão sobre a utilização da Ouvidoria pelos cidadãos-usuários da iniciativa TEIAS-Escola Manguinhos, outra justificativa para sua escolha como objeto de estudo foi motivada pelo interesse em aprofundar o conhecimento sobre como o estímulo à gestão participativa na saúde vem ocorrendo neste projeto, a partir da utilização das ferramentas de comunicação disponíveis, e da adesão ao Conselho Gestor Intersetorial TEIAS-Escola Manguinhos. No âmbito desta proposta de reorganização das ações de saúde em Manguinhos, seus pressupostos apontam que o estímulo a gestão participativa é um dos seus pontos centrais.

Estes apontamentos chamam atenção pelo fato de no município do RJ a atenção básica, porta de entrada do sistema, historicamente enfrentar problemas não só quanto ao acesso, mas também com relação à integração em rede com os demais níveis do sistema de saúde, daí podemos depreender ser fundamental uma participação mais ampliada dos cidadãos que estejam dispostos a contribuir, através de seu relato enquanto usuário dos serviços, para a proposição de soluções para os diversos entraves do sistema.

No tocante à construção do problema de pesquisa, ao analisar os relatórios finais das Conferências Nacionais de Saúde (CNS) é possível observar que a comunicação e a informação vêm progressivamente sendo vistas como fundamentais, para a efetivação do

controle social e da gestão participativa no SUS, conforme poderá ser visto no trecho extraído do relatório final da 14ª CNS:

Divulgar esses conteúdos também por meio de cartazes afixados nas unidades de saúde e outros espaços públicos apropriados, como escolas e templos, dentre outros, folhetos e outros veículos, contribuindo para divulgar direitos e deveres dos usuários do SUS e estimular, organizar e mobilizar a população a participar e exercer sua cidadania, inclusive tendo acesso a informações relevantes como: escalas de serviço, atividades das unidades e dos distritos e painel de vagas dos serviços contratados, sempre utilizando linguagem acessível.

(RELATÓRIO FINAL 14ªCNS, 2011, pg.16)

Esta recomendação demonstra de forma clara que a orientação da CNS para a comunicação deve ser seguida também em nível local, o que certamente traria resultados mais efetivos à prática do controle social. A iniciativa TEIAS-Escola Manguinhos está situada em um estágio mais local em termos de nível de atenção à saúde e possui diversas ferramentas de comunicação (ANEXO B) para promoção da gestão participativa. Contudo, como poderá ser visto nos resultados a seguir, estas ferramentas ainda não são suficientemente conhecidas pelos usuários e trabalhadores do projeto. De certa forma, isso não atende a recomendação da CNS, pois não adianta elaborar materiais de comunicação que não chegam aos usuários e trabalhadores dos serviços.

A questão central deste trabalho é mostrar que o exercício do controle e da participação e social na saúde dificilmente poderá ser exitoso, se continuar a ser conhecido e exercido somente por um extrato dos usuários, gestores e trabalhadores do SUS, pois a participação social na saúde é o caminho para a efetivação de uma saúde mais justa, integral e equânime no cotidiano prático dos serviços. E isso não se consolida na prática sem a contribuição da comunicação e da informação. No caso do TEIAS-Escola Manguinhos, a participação mais ampliada dos moradores e trabalhadores possibilitaria uma discussão focada na formulação e no encaminhamento de propostas, com vistas a dirimir os problemas locais, primordialmente no tocante à saúde. Desta forma, a situação problema elaborada como ponto central de investigação foi *saber de que maneira os processos de comunicação foram utilizados para mediar a participação e facilitar o controle social na iniciativa TEIAS-Escola Manguinhos no período de 2010-2012*. A partir disso foi construído o objetivo geral do trabalho: *analisar como os processos de comunicação foram utilizados no TEIAS-Escola Manguinhos no período de 2010-2012 para ampliar o controle social e a gestão participativa no território*. Este objetivo foi desdobrado nos seguintes objetivos específicos:

- 1) Avaliar a evolução das demandas registradas pelos usuários e trabalhadores do TEIAS-Escola Manguinhos na Ouvidoria Fiocruz e sua interface com os informes/assuntos discutidos no CGI no período de 2010-2012.
- 2) Analisar a frequência de participação entre titulares, suplentes e não membros nas reuniões do CGI TEIAS-Escola Manguinhos no período de 2010-2012.
- 3) Avaliar de que maneira as informações produzidas pelos mecanismos de controle social do TEIAS-Escola Manguinhos no período de 2010-2012 circularam entre os usuários, trabalhadores e gestores.
- 4) Analisar o conhecimento dos usuários e trabalhadores do TEIAS-Escola Manguinhos sobre as ferramentas de comunicação existentes no projeto para o exercício do controle e da participação social.

Por fim, com base nos pontos mencionados foram elaboradas as seguintes hipóteses de pesquisa:

- Os atores que compõem o TEIAS-Escola Manguinhos utilizaram pouco os mecanismos de controle social (CGI, Ouvidoria Fiocruz e Ouvidoria AP 3.1), nos dois primeiros anos dessa iniciativa, por não considerarem que a interferência destes mecanismos possa ajudar a solucionar os problemas de atendimento à saúde no território.
- Os processos de comunicação utilizados pelos gestores do TEIAS-Escola Manguinhos foram insuficientes para difundir informações acerca do projeto e estimular a participação social pelos atores que compõem essa iniciativa.

Para atender aos objetivos propostos pelo trabalho a metodologia de pesquisa consistiu de um estudo descritivo de caráter exploratório com abordagem qualitativa. As técnicas de coleta de dados utilizadas foram análise documental, entrevistas semiestruturadas e a aplicação de um formulário de perguntas. Cada uma delas será desdobrada nos itens a seguir deste capítulo. A escolha do período tem seu início no ano de 2010, pois foi neste ano que o projeto TEIAS foi implantado em Manguinhos. O período final foi estabelecido até o ano de

2012 para auxiliar a reunião e a organização dos dados necessários para o embasamento da pesquisa.

Os participantes da pesquisa foram os usuários dos serviços, trabalhadores e gestores inseridos nesta iniciativa, pertencentes a duas localidades distintas. No tocante à preferência das duas localidades do Complexo de Manguinhos, optou-se por escolhê-las de forma aleatória sem a adoção de critérios mais específicos. Quanto à origem destas uma deveria estar situada no CSE Manguinhos – unidade lotada no espaço físico do CSEGSF/ENSP/Fiocruz – e a outra na CFVV. Todos os atores selecionados e convidados a participar do estudo assinaram um Termo de Consentimento e Livre Esclarecimento (TCLE) (ANEXO B) cujo conteúdo demonstrou claramente o objetivo do estudo, como forma de elucidar os convidados sobre a decisão de participar do trabalho em tela.

4.1.1) A Análise documental:

Esta análise foi utilizada para subsidiar o entendimento sobre como foi a adesão aos fóruns de controle e participação social existentes no território no período de 2010-2012 pelos usuários e trabalhadores do TEIAS-Escola Manguinhos. Foram acessados os relatórios detalhados da Ouvidoria Geral da Fiocruz que ficam hospedados em um banco de dados no sistema informatizado deste órgão, com o objetivo de analisar o conteúdo e o quantitativo de mensagens oriundas dos usuários e trabalhadores do TEIAS no período de Jan 2010 a Dez 2012. Aproveitou-se também para ver a evolução das manifestações no período. Em seguida as atas de reunião do período de 2011 a 2012 do Conselho Gestor Intersetorial do TEIAS-Escola Manguinhos foram acessadas através do Portal do TEIAS (<http://andromeda.ensp.fiocruz.br/teias/>). O objetivo foi saber quais os principais temas foram mais demandados nos assuntos/informes da reunião, sua recorrência e o nível de participação entre membros titular, suplente e não membros do CGI a cada encontro.

4.1.2) Entrevista semiestruturada:

Participaram da entrevista a atual Coordenadora do TEIAS-Escola Manguinhos, e que também é representante da gestão do CGI/TEIAS-Escola Manguinhos, um representante dos usuários e um representante dos profissionais de saúde no CGI. A regra de escolha dos conselheiros convidados para entrevista foi pelo maior número de frequência destes às treze reuniões do CGI/TEIAS, ocorridas desde a implantação deste fórum de participação. Esta

informação foi obtida através das atas de reunião. Este tipo de entrevista foi considerado o que melhor se adequaria para trabalhar com os atores em tela, pois de acordo com Minayo (2010) a entrevista semiestruturada é uma técnica que possibilita a combinação de perguntas abertas e fechadas, onde o entrevistado tem a possibilidade de discorrer sobre o tema, sem se prender a questão formulada. Consideramos que a utilização da técnica de entrevista com perguntas fechadas poderia limitar a qualidade da participação destes atores no estudo.

4.1.3) Formulário de perguntas:

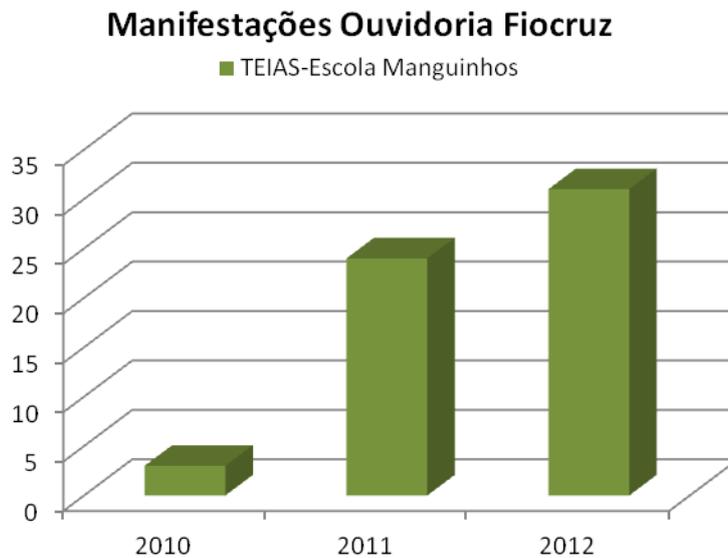
Para o público formado por usuários e trabalhadores de duas equipes de ESF do TEIAS-Escola Manguinhos, foi escolhido como instrumento de coleta um formulário de perguntas por este ser considerado o que melhor se adequaria a esses atores, pois de acordo com Gil (2010) é uma das técnicas mais práticas e eficientes de coleta de dados, constituindo-se o meio mais rápido e barato de obtenção de informações, situando-se entre a entrevista e o questionário. Os usuários convidados a preencher o formulário poderiam ser de ambos os sexos, sem exigência quanto escolaridade, e deveriam ser pacientes da iniciativa TEIAS-Escola Manguinhos desde o ano de 2010. O grupo de profissionais de saúde convidado a participar do estudo, deveria possuir pelo menos seis meses de contratação pela iniciativa TEIAS-Escola Manguinhos, e ser composto dos seguintes atores: o médico responsável da equipe, o enfermeiro responsável da equipe, um técnico de enfermagem e três agentes comunitários de saúde (ACS). As equipes de ESF do TEIAS-Escola Manguinhos contam com seis ACS em cada um delas e a ideia de convidar três ACS para participar da pesquisa surgiu por conta destes sujeitos desempenharem um papel chave nas equipes de ESF, pois eles são um elo de ligação importante entre a localidade, o usuário e o serviço de saúde.

4.2) RESULTADOS E ANÁLISE DOS DADOS COLETADOS:

4.2.1) Análise dos documentos da Ouvidoria Fiocruz do CGI:

A partir de informações nos relatórios da Ouvidoria Geral da Fiocruz no período de 2010 a 2012, o gráfico 2 a seguir demonstra a evolução das manifestações registradas pelos usuários do TEIAS-Escola Manguinhos neste canal no período adstrito:

GRÁFICO 2 – Evolução de manifestações do TEIAS-Escola Manguinhos à Ouvidoria



Fonte: Relatório da Ouvidoria Geral da Fiocruz 2010-1012.

Apesar do gráfico 2 demonstrar uma evolução anual ascendente, é importante reiterar que diante do quantitativo de cidadãos que integram o TEIAS-Escola (37 mil usuários) e em comparação às demais unidades da Fiocruz que prestam assistência, a procura pelo canal de ouvidoria pode ser considerada bastante incipiente no período adstrito.

Para aprofundar a análise acima, foram extraídos do relatório detalhado da Ouvidoria Geral da Fiocruz o quantitativo e o conteúdo das manifestações dos usuários e das atas de reunião do CGI os principais assuntos/informes debatidos, assim como, sua recorrência a cada encontro. Bardin (2002) define a análise documental como um conjunto de operações que visam representar o conteúdo de um documento sob uma forma diferente da original, esta autora explica que:

Enquanto tratamento da informação contida nos documentos acumulados, a análise documental tem por objetivo dar forma conveniente e representar de outro modo essa informação, por intermédio de procedimentos de transformação (...). A análise documental permite passar de um documento primário (bruto), para um documento secundário (representação do primeiro).

(BARDIN, 2002, p.45)

Desta forma, os documentos consultados foram tratados de maneira a possibilitar uma avaliação se haviam interfaces entre os assuntos apontados pelos cidadãos nas manifestações à Ouvidoria Fiocruz e os informes/assuntos debatidos na reunião do CGI no mesmo período. Os dados das atas de reunião do CGI foram dispostos em treze quadros, organizados por data

de reunião, com a exposição dos principais assuntos discutidos e os locais onde estes encontros ocorreram. Os dados do relatório da Ouvidoria também foram inseridos nestes quadros, e demonstravam o número de mensagens recebidas no período e o seu conteúdo. A categorização das atas de reunião por tipo de público está logo após a análise destes quadros na tabela 1.

O CGI começou efetivamente suas atividades em dezembro de 2011, data de sua primeira reunião, quase um ano após a instituição do TEIAS em Manguinhos. Desde então até o final do ano de 2012 foram realizadas treze reuniões, mas há somente doze atas disponíveis, pois a gravação da 4ª reunião foi perdida impedindo sua transcrição. No período compreendido entre 2010-2012, a Ouvidoria Fiocruz recebeu 59 manifestações dos usuários referentes ao TEIAS-Escola Manguinhos, mas nos quadros a seguir foram expurgadas as quatro manifestações recebidas no ano de 2010, pelo fato do CGI ainda não ter entrado em atividade nesta época. Logo após cada quadro há uma análise resumida dos conteúdos apresentados.

QUADRO 6 – 1ª reunião do CGI e manifestações à Ouvidoria no período

1ª Reunião	Principais assuntos/informes apontados na reunião do CGI 2010-2012
15/12/2011 Total de participantes: 28 Local: Biblioteca de Manguinhos	1) Os conselheiros reafirmaram seu compromisso em traçar um planejamento para uma política pública de saúde em Manguinhos de qualidade, através da voz da comunidade. 2) A representante da UPA foi questionada sobre a falta de profissionais (Pediatra), sendo perguntado se esta dificuldade não seria por conta da violência. 3) A responsável pela Gestão Participativa/TEIAS foi escolhida como coordenadora da reunião. Ela aceitou, mas reiterou que não é membro titular deste fórum e que sua participação é de apoio. Sugeriu que todos os participantes presentes fizessem uma avaliação das suas dificuldades para trabalhar no território, assim como, quais propostas e estratégias pensadas para melhorar os serviços.
Nº de titulares	10
Nº de suplentes	13
Nº de não membros do CGI	5
Relatório Ouvidoria Fiocruz: nº de mensagens no mesmo período	Não há registro de mensagens no período.
Relatório Ouvidoria Fiocruz: questões trazidas pelos cidadãos	Não há registro de mensagens no período.

Fonte: Ata de Reunião do CGI e Relatório Ouvidoria Geral da Fiocruz

Nesta primeira reunião (quadro 6) ficou evidenciada a preocupação dos conselheiros em fazer com que este fórum protagonizasse os anseios e as necessidades dos usuários com relação às demandas de saúde em Manguinhos. Contudo, através das entrevistas com as representantes dos trabalhadores e dos usuários, apresentada na seção 4.2.2, pode-se observar que a escolha para participar deste fórum não teve como uma preocupação maior procurar saber se a pessoa que foi designada para tal reunia as condições necessárias para desempenhar esta função. Neste encontro também foi exposto a falta de atendimento médico na UPA-Manguinhos, questão esta que foi reiteradamente abordada pelos trabalhadores e usuários que preencheram o formulário de perguntas da pesquisa, conforme poderá ser visto na seção 4.2.3

QUADRO 7 – 2ª reunião do CGI e manifestações à Ouvidoria no período

2ª Reunião	Principais assuntos/informes apontados na reunião do CGI 2010-2012
<p>27/01/2012</p> <p>Total de participantes: 27</p> <p>Local: Biblioteca de Manguinhos</p>	<p>1) Informado que o consultório de rua começou os trabalhos de cuidado com os moradores de rua em Out/2011. Quatro assessores do Ministro da Saúde que faziam parte da comitativa de inauguração deste consultório vieram à CFVV, e informaram que foi liberada a construção do CAPS ad, sendo que o local deverá ser definido rapidamente, para que a construção seja iniciada em Mar/2012. Foi apontado pelo Conselheiro do Segmento Religião que o local escolhido deve ser seguro e acessível.</p> <p>2) Informado que há um laboratório de informática exclusivamente para a comunidade de Manguinhos onde são oferecidos cursos de informática para os moradores que desejem aprender a utilizar este equipamento. Solicitada a liberação na CFVV de uma sala com 16 computadores que deve ser direcionada à população de Manguinhos.</p> <p>3) Foi dito que no Curso Saúde Comunitária desenvolvido pelo Instituto Oswaldo Cruz em 2011, os alunos foram capacitados a utilizar as ferramentas de informática para os trabalhos finais do curso, voltados para informação em educação e saúde.</p> <p>4) A Suplente da Gestão UPA-Manguinhos tratou da questão de falta de médicos (Pediatra) na UPA, informando a contratação de mais um médico em função da discussão da primeira reunião do CGI, mas que não seria um Pediatra. Por conta da reclamação de falta de bancos e uma cobertura para abrigar os acompanhantes de pacientes, está sendo providenciado um toldo e bancos para aguardar na frente da UPA. A suplente também foi questionada sobre a falta de médicos na 6ªfeira e explicou que isso pode ter ocorrido devido a falta de água, o que prejudicou o atendimento.</p> <p>5) Um membro da Cooperação Social ENSP/Fiocruz discutiu sobre o regimento interno do CGI, e havia uma questão sobre a importância de ter uma secretaria executiva para fazer a reserva da sala, disponibilizar água e cuidar da circulação de informes.</p> <p>6) O coordenador da Cooperação Social PR/Fiocruz cita como espaços de participação em Manguinhos: Conselho Gestor do CSEGSF, Conselho das Clínicas de Saúde, Fórum de Manguinhos, Conselho Comunitário de Manguinhos e o CGI do TEIAS-Escola. Ele aponta que deve haver uma pactuação entre estes fóruns, que um não está subordinado ao outro e que o objetivo do conselho deve ser de integrar para que possam ser discutidas as diversas maneiras de resolver as dificuldades e os problemas que surgem.</p> <p>7) A coordenadora do TEIAS explica sobre o trabalho da equipe de Consultório de Rua, sendo sugerido que o CGI fizesse uma visita à comunidade junto com esta equipe: "O</p>

	<p>serviço de saúde deve chegar a população. Para isso, é importante entender seu funcionamento"[sic]. A partir dessa discussão o CGI também foi convidado para conhecer a UPA. Foi informado que a UPA possui uma Ouvidoria, e que os problemas podem ser encaminhados através da caixa de reclamações pois, às vezes, eles nem ficam sabendo o que acontece.</p> <p>8) Os conselheiros solicitaram um crachá de identificação, que deverá ser providenciado junto à Fiotec.</p>
Nº de titulares	11
Nº de suplentes	11
Nº de não membros do CGI	5
Relatório Ouvidoria Fiocruz: nº de mensagens no mesmo período	4 mensagens.
Relatório Ouvidoria Fiocruz: questões trazidas pelos cidadãos	<p>Cidadã moradora do Parque João Goulart (PJG) relata que em 23/01 tinha consulta marcada para as 14:00hs, mas no bloco de atendimento da localidade não havia nenhum ACS para receber os cartões dos pacientes, para que posteriormente fossem pegos os prontuários médicos para consulta. Diz que as pessoas estavam aguardando suas consultas, sem que ninguém da equipe soubesse lhes dar uma orientação.</p> <p>Cidadã, moradora do Parque Oswaldo Cruz (Amorim), reclama da falta de atendimento ao seu esposo com tuberculose em sua residência.</p> <p>Cidadã, moradora do Parque Oswaldo Cruz (Amorim), diz que no início da semana passada veio até o Posto solicitar uma visita para sua mãe que não se sentia bem, e tem dificuldade de locomoção pela idade avançada. Eles marcaram a visita para sexta-feira 13/01/2012. No dia marcado a equipe não apareceu, mas ela soube na comunidade que eles estiveram pela localidade neste mesmo dia.</p> <p>Morador da Comunidade Agrícola Higienópolis reclama da demora no atendimento. Para conseguir um atestado médico para atividade física, perdeu a manhã toda, e consequentemente não foi trabalhar. O fato relatado ocorreu em 26/12/2011.</p>

Fonte: Ata de Reunião do CGI e Relatório Ouvidoria Geral da Fiocruz

Neste segundo encontro do CGI (quadro 7) os problemas de saúde do território começaram a ser pontuados de forma mais incisiva pelos conselheiros. Contudo, ao fazer uma comparação com assuntos das demandas registradas pelos cidadãos, é possível notar a falta de similaridade dos temas. O foco do CGI foi o CAPS ad de Manguinhos, o atendimento da UPA-Manguinhos, problema já mencionado na primeira reunião deste fórum, e a solicitação de um crachá de identificação para os conselheiros. Na Ouvidoria as manifestações focaram-se na marcação de consultas, na visitação pela equipe de ESF e na demora de atendimento.

QUADRO 8 – 3ª reunião do CGI e manifestações à Ouvidoria no período

3ª Reunião	Principais assuntos/informes apontados na reunião do CGI 2010-2012
<p>02/03/2012</p> <p>Total de participantes: 32</p> <p>Local: Biblioteca de Manguinhos</p>	<p>1) Informado que os crachás dos conselheiros estão sendo providenciados.</p> <p>2) O Suplente do Segmento Assistência Social e Direitos Humanos convida o CGI para participar da reunião do Fórum de Manguinhos.</p> <p>3) Apresentada a proposta de um curso de Qualificação de Conselheiros pela EPSJV/Fiocruz.</p> <p>4) Foi dito que no mês de março algumas equipes de saúde estão sem médicos, e que estão aguardando a chegada de residentes, além da contratação de outros médicos, o que fará com que até o final de março as equipes fiquem completas.</p> <p>5) Informado que serão criados 4 Centros de Apoio Psicossocial no RJ e o CAP 3 será em Manguinhos. A construção está prevista para o 1º semestre de 2013 por este ser um ano eleitoral.</p> <p>6) Informado que a CFVV conta com uma Academia Carioca, a Suplente do Segmento das Mulheres sugere a colocação de uma academia aberta, mais acessível a população, porque é uma forma de incentivar a atividade física.</p> <p>7) A representante da Cooperação Social da ENSP mostrou o Blog Participação Cidadã, criado para informar as notícias relacionadas ao CGI.</p> <p>8) A Titular do Segmento de Idosos coloca que vários idosos estão procurando-a, e que alguns moradores acamados não recebem visitas dos ACS e nem dos médicos.</p> <p>9) A representante da Gestão Participativa/TEIAS complementa a fala desta titular, acrescentando que este é o papel de cada um da representação, apontando ainda que este é o papel do CGI: discutir as reivindicações. A Titular do Segmento Cultura reclama da falta de Pediatra na UPA de Manguinhos. A coordenadora do TEIAS diz que levará este problema para a direção da UPA e para o Subsecretário de APS da prefeitura RJ. Ela ressalta que o papel do CGI é trazer os problemas através de seus representantes para tentar a resolução.</p>
Nº de titulares	13
Nº de suplentes	12
Nº de não membros do CGI	7
Relatório Ouvidoria Fiocruz: nº de mensagens no mesmo período	Uma mensagem.
Relatório Ouvidoria Fiocruz: questões trazidas pelos cidadãos	Cidadão elogia atendimento prestimoso dos ACS do CSEGSF e de uma funcionária do centro.

Fonte: Ata de Reunião do CGI e Relatório Ouvidoria Geral da Fiocruz

No terceiro encontro do CGI (quadro 8), três questões debatidas no encontro anterior voltaram à tona: a solicitação de um crachá de identificação para o conselheiro, o atendimento da UPA-Manguinhos e o CAPS ad. A questão do crachá chama atenção, já que para entrar na Fiocruz basta a identificação na portaria por um documento com foto. Porém, talvez a possibilidade de pertencimento a um espaço como o CGI reforçasse a ideia de querer ser reconhecido como membro deste fórum já a partir da entrada na instituição. Isso pode se remeter a ideia de lugar de interlocução, abordada por Araújo (2000) no Modelo Mercado Simbólico. Esta autora aponta que cada interlocutor ocupa neste mercado uma posição que pode estar situada entre o centro ou a periferia discursiva, o que irá lhe conferir no Mercado Simbólico poder de barganha (ARAÚJO, 2004, p. 167). Finalmente, alguns problemas da ponta dos serviços foram levados para este fórum: equipes de ESF do território sem médico e a falta de visita domiciliar aos idosos. Outros informes referem-se ao curso de qualificação de conselheiros oferecido pela EPSJV/Fiocruz e ao Blog Participação Cidadã, este apontado como uma das ferramentas de comunicação do TEIAS-Escola.

QUADRO 9 – 4ª reunião do CGI e manifestações à Ouvidoria no período

4ª Reunião	Principais assuntos/informes apontados na reunião do CGI 2010-2012
31/03/2012 Total de participantes:	Os dados desta reunião foram perdidos, por conta de defeito no gravador antes da transcrição.
Nº de titulares	
Nº de suplentes	
Nº de não membros do CGI	
Relatório Ouvidoria Fiocruz: nº de mensagens no mesmo período	Uma mensagem.
Relatório Ouvidoria Fiocruz: questões trazidas pelos cidadãos	Moradora do Parque Oswaldo Cruz (Amorim) reclama da falta de consulta médica domiciliar à sua mãe idosa.

Fonte: Ata de Reunião do CGI e Relatório Ouvidoria Geral da Fiocruz

No quarto encontro do CGI (quadro 9) a transcrição da reunião foi perdida. No canal de Ouvidoria foi registrada uma manifestação sobre a falta de visita domiciliar a uma paciente idosa. Esta foi uma questão abordada na terceira reunião do CGI.

QUADRO 10 – 5ª reunião do CGI e manifestações à Ouvidoria no período

5ª Reunião	Principais assuntos/informes apontados na reunião do CGI 2010-2012
27/04/2012 Total de participantes: 27 Local: Biblioteca de Manguinhos	1) Apresentada a pesquisa “Atenção à criança e ao adolescente internado” por uma profissional do IFF. 2) Uma representante da EPSJV/Fiocruz falou sobre o curso de Qualificação de Conselheiros toda manhã de sábado. Foi sugerido mais um dia na semana/mês.
Nº de titulares	10
Nº de suplentes	10
Nº de não membros do CGI	7
Relatório Ouvidoria Fiocruz: nº de mensagens no mesmo período	4 mensagens.
Relatório Ouvidoria Fiocruz: questões trazidas pelos cidadãos	<p>Moradora do Parque Oswaldo Cruz (Amorim) reclama da demora no atendimento, às 10h ainda não havia sido atendida, considera péssimo o atendimento prestado pela médica desta equipe.</p> <p>Morador do Parque Oswaldo Cruz (Amorim) critica o atual formato de atendimento do CSEGSF, principalmente após a adoção do ESF. Deixou várias sugestões para melhoria do atendimento. Considera a letra U do crachá de usuário uma abreviação da palavra “umilhado”[sic], pois sente-se dessa maneira. A seu ver não adianta a distribuição por cores, pois de qualquer modo todo mundo tem que aguardar muito tempo, exista marcação ou não.</p> <p>Morador da Nova Vila Turismo elogia atendimento médico prestado em visita domiciliar.</p> <p>Moradora do DESUP diz que os atendentes da CFVV não são prestativos. Diz que a médica da equipe, lhe prendeu na recepção das 13h as 16:45min, não sendo atendida, mas orientada a voltar 3ªF para marcar a consulta. Diz que os exames de hormônio realizados há mais de 3 meses ainda não estão prontos.</p>

Fonte: Ata de Reunião do CGI e Relatório Ouvidoria Geral da Fiocruz

No quinto encontro do CGI (quadro 10) a pauta pareceu um pouco esvaziada, sendo retomado como tema o curso de Qualificação de Conselheiros oferecido pela EPSJV/Fiocruz. No caso da Ouvidoria as questões novamente versaram sobre problemas relacionados à prestação de atendimento pelas equipes de ESF. Chama atenção numa das manifestações a

este canal, o fato de um cidadão ter se colocado em uma condição de humilhado perante a assistência recebida, lançando mão de um procedimento do próprio serviço (crachá) para expressar seu sentimento.

QUADRO 11 – 6ª reunião do CGI e manifestações à Ouvidoria no período

6ª Reunião	Principais assuntos/informes apontados na reunião do CGI 2010-2012
<p>25/05/2012</p> <p>Total de participantes: 26</p> <p>Local: Biblioteca de Manguinhos</p>	<p>1) Informado que os crachás dos conselheiros estão sendo providenciados.</p> <p>2) Discutido mais uma vez sobre a implantação do CAPS ad em Manguinhos, que também foi objeto da Conferência de Saúde de Manguinhos ocorrida em Jul/2011. Foi proposto criar um abaixo assinado para este CAPS ficar em Manguinhos.</p> <p>3) Informado que há famílias no CHP2 em total situação de miséria e que o CGI precisa discutir ações de intervenção.</p> <p>4) A coordenadora do TEIAS apresentou a expansão das equipes de ESF no território e prestação de contas financeiras do TEIAS-Escola, apontando a entrada da CFVV em 2010, da UPA em 2009 e a existência do Saúde da Família, desde 2010, como a porta principal de acesso da comunidade à APS.</p> <p>5) Ela levantou a possibilidade de outra academia na comunidade, e da necessidade de discutir as demandas do território e ações que poderiam ser organizadas, por exemplo, serviço de Oftalmologia. O Titular do Segmento Trabalho Cooperativo falou da necessidade de um Urologista e a Suplente do Segmento Assistência Social e Direitos Humanos falou sobre a falta de atendimento na área da Nova Vila Turismo.</p> <p>6) A Coordenadora do TEIAS comentou que está sendo implantado um Sistema de Avaliação da Satisfação do Usuário (Jun/2012). Falou também sobre as ferramentas de comunicação em saúde: Jornal/Portal. O Portal terá lugar para os informes do CGI incluindo: transparência / recursos humanos / promoção da saúde / resultados esperados / gastos financeiros.</p>
Nº de titulares	11
Nº de suplentes	9
Nº de não membros do CGI	6
Relatório Ouvidoria Fiocruz: nº de mensagens no mesmo período	3 mensagens.
Relatório Ouvidoria Fiocruz: questões trazidas pelos cidadãos	<p>Morador do Parque João Goulart (PJG) relata que ele e sua mãe estiveram no CSEGSF em 11/05 para uma consulta com a Dra. Marcele, porém a mesma mais uma vez não compareceu. O cidadão diz que no seu caso foi a primeira vez, mas no caso de sua mãe que tem diversos problemas de saúde, já foi a nona vez que isso ocorreu.</p> <p>Moradora do Parque Oswaldo Cruz (Amorim) sugere a construção de uma quadra de esportes para esta comunidade.</p> <p>Moradora do Parque Oswaldo Cruz (Amorim) reclama que está com diagnóstico de dengue, desde 05/05/12, e que foi encaminhada ao Posto de Saúde da Fiocruz, por sua ACS. Mas, ao chegar ao local o atendimento foi negado com a justificativa da não existência do profissional médico.</p>

Fonte: Ata de Reunião do CGI e Relatório Ouvidoria Geral da Fiocruz

No sexto encontro do CGI (quadro 11) a pauta mais uma vez trouxe a questão do crachá dos conselheiros e do CAPS ad. Chamou a atenção o fato da coordenação do TEIAS anunciar a instauração de uma pesquisa de satisfação com os usuários, tema este que não foi mencionado em nenhuma reunião anterior, o que remete a ideia de uma decisão tomada no âmbito da gestão, sem a participação dos demais conselheiros. Contudo, pelo relato da pauta nenhum dos presentes também se manifestou a respeito disso. Na Ouvidoria persistiram as manifestações sobre problemas com o atendimento prestado pelas equipes de ESF.

QUADRO 12 – 7ª reunião do CGI e manifestações à Ouvidoria no período

7ª Reunião	Principais assuntos/informes apontados na reunião do CGI 2010-2012
<p>29/06/2012</p> <p>Total de participantes: 31</p> <p>Local: auditório do CRJ (Centro de Referência da Juventude)</p>	<p>1) Leitura do ofício enviado pelo presidente da Fiocruz ao secretário municipal de saúde do RJ sobre a necessidade de construção de um CAPS ad que funcione 24h em Manguinhos.</p> <p>2) A coordenadora do TEIAS diz que os conselheiros podem encaminhar os usuários de drogas e familiares para a equipe de ESF.</p> <p>3) A EPSJV/Fiocruz fará um seminário sobre consultório na rua, crack e outras drogas. A coordenadora do TEIAS convidou o CGI e sugeriu que a comunidade se organize para participar, pois só um CAPS ad não resolverá o problema do território.</p> <p>4) A Suplente do Trabalho Cooperativo comunicou o despreparo dos profissionais na abordagem aos dependentes químicos, principalmente os da recepção/vigilância da UPA, que afastam ao invés de acolher o cidadão. Sugeriu um treinamento aos profissionais de ponta que atendem os cidadãos.</p> <p>5) Foi relatada a demora no acesso aos resultados dos exames laboratoriais e da dificuldade de obter cópia dos próprios resultados, a falta de clareza nos atendimentos e do papel da CFVV, sugerindo que a TV seja utilizada para informes locais. Foi apontada a desarticulação entre a CFVV e o CSEGSF, mostrando que se ambos não articularem a gestão, a população pressionará para isto.</p> <p>6) A coordenação do TEIAS informa que a Fiocruz irá promover um encontro que tem como pauta integrar as unidades assistenciais.</p> <p>7) A Suplente do Segmento Assistência Social e Direitos Humanos sugere como pauta para a próxima reunião a discussão da relação do TEIAS com o CSEGSF. Ela indica a necessidade de falar sobre a coleta de sangue e a forma como o TEIAS tem utilizado o laboratório do CSEGSF para a entrega dos exames. Relata que os usuários são impossibilitados de pegar uma cópia e além disso há exames que somem. Reforçou a sugestão de que ao invés de passar novela nas TVs das clínicas, que passem informações, pois isso pode ajudar a melhorar a comunicação.</p> <p>8) Questionamento sobre a falta de atendimento na UPA em algumas ocasiões, sendo explicado pela titular da gestão que isso ocorre devido a falta de água, luz. Foi perguntado sobre a falta de médico plantonista.</p>
Nº de titulares	10
Nº de suplentes	12

Nº de não membros do CGI	9
Relatório Ouvidoria Fiocruz: nº de mensagens no mesmo período	Uma mensagem.
Relatório Ouvidoria Fiocruz: questões trazidas pelos cidadãos	Moradora do Parque João Goulart (PJG) relata falta de diálogo entre os ACS e o médico. Marcaram consulta para o dia 15/06/2012, mas a médica não atende às sextas-feiras à tarde. Remarcaram para o dia 18/06/2012 e a mesma também não atende à tarde.

Fonte: Ata de Reunião do CGI e Relatório Ouvidoria Geral da Fiocruz

No sétimo encontro do CGI (quadro 12) a pauta tratou mais uma vez da construção do CAPS ad, sendo bastante focada na questão da dependência química no território, um problema que pode ser considerado crônico na região. Além disso, foi apontada a necessidade de haver informações mais esclarecedoras sobre a relação entre o TEIAS e o CSEGSF/ENSP, e o papel da CFVV, sendo colocado como um problema a falta de clareza no atendimento prestado ao cidadão. Outro assunto que voltou a ser debatido foi a falta de médico na UPA-Manguinhos. Chamou atenção a solicitação de que os usuários tivessem o direito de obter uma cópia dos exames laboratoriais, questão esta que não deveria ficar somente sob a responsabilidade de decisão da gestão.

Desta vez a questão comunicacional e informacional ficou mais evidente no registro da pauta, contudo, parece que as decisões finais ficam sempre no âmbito da gestão. Chama atenção a ocorrência de sugestões para uma melhor utilização da TV como instrumento para disseminação de informes pelos usuários. Essa questão também foi apontada por alguns dos usuários que preencheram o formulário de perguntas da pesquisa. Vem sendo possível notar não ter havido em nenhum desses encontros até o momento, uma oportunidade dedicada a discussão e deliberação sobre algum tema. A coordenação do TEIAS avisou que a Fiocruz organizará uma reunião que possui como pauta a integração das unidades assistenciais. Esta deve ser uma tentativa de elucidar dúvidas a respeito do atendimento assistencial no território. Na Ouvidoria chegou uma questão que tratava da falta de diálogo, segundo a percepção da usuária, entre médico da equipe e o ACS, mas novamente relacionado ao tema de marcação de consulta.

QUADRO 13 – 8ª reunião do CGI e manifestações à Ouvidoria no período

8ª Reunião	Principais assuntos/informes apontados na reunião do CGI 2010-2012
<p>27/07/2012</p> <p>Total de participantes: 36</p> <p>Local: auditório do CRJ (Centro de Referência da Juventude)</p>	<p>1) A assessora do subsecretário municipal de saúde diz que a UPA conta com 4 médicos, mais um que fica na sala amarela e um Pediatra (quando tem), o que dá um total de 7 profissionais. Atualmente só tem Pediatra 2 vezes/semana devido a dificuldade de contratação para o território por conta da violência. Esclarece ainda que o vigilante está proibido de dar qualquer informação sobre a unidade na portaria.</p> <p>2) A Titular da Gestão da UPA diz que após a última reunião do CGI conversou com o chefe da segurança e, atualmente, está proibido o guarda ficar na porta da unidade.</p> <p>3) O caso da D.Rosa, uma antiga liderança em Manguinhos foi bastante comentado, além de outros que versam sobre o tratamento dispensado aos usuários o que vem, inclusive, provocando óbitos na unidade. A representante da Gestão Participativa aponta que isso serve para ilustrar como a população de Manguinhos vem sendo atendida na UPA, reforçando que o que está sendo reivindicado é como esses atendimentos estão sendo feitos: “se você for em um Copa D’or da vida, o médico vai te olhar dos pés a cabeça para saber de fato o que se tem, e não sair medicando, aí chega em Manguinhos o mesmo médico que atende no Copa D’or atende aqui, e por que aqui ele faz isso e lá não?”[sic]</p> <p>4) A Titular Segmento das Mulheres diz que quer entender o SISREG e solicita um Pediatra para a CFVV.</p> <p>5) A Titular dos Trabalhadores UPA-Manguinhos explica a finalidade da UPA, exemplificando com um caso de infarto. Ela diz que quando isso ocorre o paciente é encaminhado para uma unidade mais preparada via SISREG. Aponta que a UPA acaba sendo vítima de um sistema que está sobrecarregado, e que o paciente acaba ficando por lá muito tempo, quando deveria permanecer por até 48h.</p> <p>6) Uma moradora de Manguinhos relata sobre os médicos dormindo no horário de plantão e a Titular dos Trabalhadores da UPA diz que estas reclamações devem ser entregues na Administração com o nome do médico/horário do ocorrido.</p> <p>7) A representante da EPSJV/Fiocruz fala sobre o curso de conselheiros e que a demanda de aulas aos sábados (manhã) e 5ª (quando necessário) foi atendida.</p> <p>8) O Titular do Segmento Cultura diz que os conselheiros estão se reunindo antes do CGI para a discussão de temas de pauta. Os seguintes temas foram suprimidos: A situação das moradias beira rio e remoções arbitrárias na linha férrea e PJG, a ampliação e substituição de médicos para o caso de férias (ocorrência de sobrecarga de trabalho nos médicos), demora na entrega de resultados de exames ginecológicos e a situação do lixo em Manguinhos.</p> <p>9) A próxima reunião terá como pauta uma apresentação sobre o funcionamento e os procedimentos de atendimento da CFVV e do CMS-Manguinhos (atual CES-Manguinhos), em que os conselheiros poderão colocar os questionamentos apontados com relação à ESF.</p>
Nº de titulares	14
Nº de suplentes	7
Nº de não membros do CGI	15
Relatório Ouvidoria Fiocruz: nº de mensagens no mesmo período	5 mensagens.

<p>Relatório Ouvidoria Fiocruz: questões trazidas pelos cidadãos</p>	<p>Morador do Parque João Goulart (PJG) reclama que sua mãe ficou sem atendimento, diz que não recebem visitas de ACS e quando entregam algum encaminhamento para sua ACS, acabam sumindo. Diz que é preciso mudança, pois há crianças doentes, idosos acamados, hipertensos sem consulta marcada de 6/6 meses e aos diabéticos não é fornecido retorno a consultas. Aponta que a equipe não está cumprindo os protocolos do MS e o que é preconizado pela ESF.</p> <p>Moradora do Parque Monsenhor Brito elogia o atendimento prestado pela profissional do CMS.</p> <p>Moradora da Vila Turismo reclama de atendimento da médica da equipe, logo após ter externalizado sua preferência pelo atendimento de um enfermeiro.</p> <p>Moradora da Vila Turismo diz seu irmão necessita de realização e troca de curativo constante, e que as visitas e o fornecimento de material para curativo eram feitas corretamente pelo enfermeiro da equipe, mas que agora, nem mesmo o fornecimento do material tem sido feito. Acrescenta que tem lavado, fervido em água quente e passado a ferro, as ataduras já usadas para uma reutilização, pois não possui condições de comprar este material. Relata ainda que faz 8 meses que seu irmão não colhe sangue para fazer exame, e que com muito custo conseguiu a oportunidade de realização de um exame de urina. Elogiou a atenção de um ACS que tem procurado auxiliá-la dentro de suas possibilidades.</p> <p>Moradora do Parque Oswaldo Cruz (Amorim) diz que desde Abr/12 a médica responsável pela equipe, não tem aparecido em sua residência para fazer visita à sua mãe. Em Mai/12 a equipe esteve lá somente aplicar a vacina da gripe. A enfermeira tem ido com a ACS à sua casa, mas não pode fazer nada, pois não possui atribuição de médica. Tinha esperança de que após a conversa com a coordenadora CMS, essas questões seriam resolvidas, o que não ocorreu.</p>
--	--

Fonte: Ata de Reunião do CGI e Relatório Ouvidoria Geral da Fiocruz

No oitavo encontro do CGI (quadro 13) a pauta tratou mais uma vez da questão do atendimento prestado pela UPA-Manguinhos, desde a falta de médicos, até a observância de diferença entre o atendimento assistencial prestado pelo setor privado e pelo setor público. Além disso, chamou atenção o informe de que somente na próxima reunião deste fórum estaria prevista uma explicação sobre os procedimentos de atendimento das clínicas disponíveis no TEIAS. Podemos depreender que se para os conselheiros isto não está claro, o mesmo deve ocorrer com relação aos usuários dos serviços. Lembrando que o CGI iniciou suas atividades após quase um ano de implantação do TEIAS em Manguinhos.

Chamou atenção o item oito do resumo da pauta que apontou a supressão de duas questões que tem muito a ver com problemas ocorridos na ponta dos serviços: a ampliação e substituição de médicos para o caso de férias (ocorrência de sobrecarga de trabalho nos médicos), demora na entrega de resultados de exames ginecológicos. Outra questão, é que pela primeira vez foi registrada a fala de uma usuária, que não é membro do CGI. E apesar dela relatar um problema relacionado ao atendimento, nenhum outro integrante deste fórum corroborou negativa ou positivamente com sua questão. Com relação às demandas da Ouvidoria neste mesmo período, estas também versaram sobre a prestação do atendimento

médico, nas próprias equipes de ESF. Esta é uma questão que tem sido recorrente, mas que não aparece nas discussões das reuniões do CGI.

QUADRO 14 – 9ª reunião do CGI e manifestações à Ouvidoria no período

9ª Reunião	Principais assuntos/informes apontados na reunião do CGI 2010-2012
<p>31/08/2012</p> <p>Total de participantes: 37</p> <p>Local: sala de reunião da CFVV</p>	<p>1) A assessora da Cooperação Social da ENSP diz que as atas de reunião estão disponíveis para consulta numa pasta. Diz que o informativo ‘Comunidade na Saúde’ está pronto, e que o próximo previsto para Jan/2013 será feito com temas sugeridos pelos conselheiros, pois a intenção é de que este veículo expresse a cara dos conselheiros, dos segmentos e da população.</p> <p>2) A coordenadora do TEIAS discute sobre o abaixo-assinado para o CAPS ad e a respeito de como deverá ser a entrega deste documento para o prefeito/RJ.</p> <p>3) Também informa do Seminário Sobre a Experiência com a População de Rua, no qual um pesquisador apresentará os resultados de uma pesquisa realizada na área e, ainda, haverá um debate.</p> <p>4) A Suplente do Segmento Assistência Social e Direitos Humanos pergunta da reunião que iria ter sobre a relação entre o CSEGSF e o TEIAS. Sugere que o CGI assine uma carta solicitando à CEDAE uma explicação sobre a falta de água, e, assim como, para CET-Rio e prefeitura para a colocação de um semáforo na porta da Fiocruz (saída Leopoldo Bulhões). A coordenadora do CSEGSF acha que a questão das cartas é uma função do TEIAS, que deveria fazer a aproximação com os órgãos públicos. A suplente também pede à coordenadora do TEIAS que envie por e-mail, conforme combinado, o documento sobre os Contratos de Gestão apresentado em uma das reuniões do CGI.</p> <p>5) Feita a proposição que uma reunião do CGI seja realizada no espaço de uma escola municipal do território, de forma que os conselheiros possam conhecer os espaços de educação. A Titular e a Suplente do Segmento das Mulheres são contrárias. Realizada uma votação resultando em 8 votos a favor e 6 contra.</p> <p>6) Dois médicos da CFVV e uma Enfª do CMS Manguinhos apresentaram o ESF aos conselheiros. Porém, não conseguiram apresentar o vídeo institucional TEIAS-Escola Manguinhos. Foi explicado o papel da ESF no território, com a APS sendo uma opção de uma nova forma de trabalho, com a ideia de que estivesse mais próximo das pessoas. A APS atua no sentido do princípio da equidade, princípio do SUS que versa sobre o tratamento diferente às pessoas com necessidades diferentes, para que todos tenham um acesso ao sistema por igual. A ESF não é fazer saúde para pobre e a APS consegue ter mais resultados de saúde para as pessoas, no sentido de diminuir erros. Um médico explica que a ESF tem como objetivo melhorar a saúde da população, trazer a saúde para mais perto das pessoas e reorganizar o modelo. Quando a equipe de saúde conhece as pessoas o olhar desta muda e a forma como as pessoas são tratadas se modifica.</p> <p>7) Um médico diz também que estão aprendendo a lidar com o NASF, cujos profissionais devem atuar como apoio e não para fazer consulta como os da rede.</p> <p>8) A Titular do Segmento das Mulheres diz que o médico vê o usuário a partir do ACS, e o médico diz que o olhar de toda a equipe ajuda na resolução das questões.</p> <p>9) Abordada a questão dos exames laboratoriais que no caso do CSEGSF são processados lá mesmo e no caso da CFVV são feitos em outro local para desafogar o centro. Explicado também os procedimentos para exames radiológicos. Uma médica aponta que um gargalo na ESF é a Oftalmologia, sugerindo que isso poderia ser uma demanda do CGI, que poderia pressionar para ter os aparelhos na CFVV.</p>

	<p>10) A Titular do Segmento Educação diz que a demora na entrega de alguns exames tem trazido alguns problemas, até como óbitos. Solicita entender o processo na demora dos resultados dos exames e sugere que sejam tiradas duas cópias destes (para o paciente e unidade de saúde). Coordenadora do TEIAS diz que na próxima reunião dará retorno sobre a proposta de cópia para o paciente.</p> <p>11) A Suplente do Segmento Assistência Social e Direitos Humanos solicita as agendas dos espaços locais de participação. Coordenadora do TEIAS se compromete a trazer um calendário das reuniões na comunidade. A conselheira propõe também abrir o Contrato de Gestão para todos verem a quantidade de médicos, valores, etc., para analisar a situação, por exemplo, da contratação de profissional de laboratório. Coordenadora do TEIAS diz que a contratação do laboratório foi emergencial por 6 meses.</p> <p>12) A Titular do Segmento das Mulheres diz que por conta das reuniões do CGI foi levada a perguntar sobre o ESF. Informa saber da proposta como moradora, mas que ainda têm dúvidas com relação a algumas coisas: o fato do único médico que a atende, de repente, se tornar preceptor, daí o usuário vai a uma consulta e é atendido por um residente e questiona se este criará vínculo em um ano. Também relata que foi falado sobre acolhimento, mas o ACS não tem preparo para isso. Aponta que se tivesse a classificação de risco vários problemas seriam evitados. A médica aponta que o trabalho não se constrói de um dia para o outro, e explica que a ESF funciona como porta aberta, sem restrições, o que significa que a pessoa que chegar será atendida. Diz que os ACS possuem um recurso de comunicação on-line com o médico, onde trocam informações dos pacientes que chegam sem marcação de consulta. Explica que a questão é quando o médico começa a acolher todo mundo sem limites, chegando a atender 30 pessoas em um dia. Isso faz o profissional adoecer e tornam as consultas muito rápidas, o que não é desejável.</p> <p>13) Relatado que as equipes também sofrem por vários motivos e que eles querem melhorar os fluxos, o acolhimento. A população tem que cobrar mesmo, mas não ajuda se as pessoas ameaçarem os profissionais.</p> <p>14) A coordenadora do TEIAS diz que quando se amplia a ESF (porta de entrada da APS) o acolhimento deve estar bem ajustado, o que não ocorre hoje. Titular do segmento das mulheres propõe discutir o acolhimento e a comunicação na próxima reunião do CGI.</p> <p>15) A Titular do Segmento Idosos relata a dificuldade de marcar o exame preventivo. Suplente do segmento Assistência Social e Direitos Humanos sugere criar uma lista com o nome das pessoas que querem fazer o preventivo. Médico aponta que além da população ser muito grande, há ocasiões em que a mesma marca, mas não comparece à clínica.</p> <p>16) A Titular do Segmento das Mulheres coloca ainda ter muitas dúvidas para onde deve levar os problemas de saúde: para a CFVV ou para o CSEGSF. Questiona o porquê de haver em um mesmo espaço dois centros de saúde escola. Coordenadora do TEIAS explica que a mudança de nome de CMS para CSE-Manguinhos é por conta do CNES Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde – CNES, a prefeitura RJ alterou os nomes e todas as instituições de saúde que estavam ligadas às universidades passaram a ser denominadas Centro de Saúde Escola.</p> <p>17) Médico coloca a importância do diálogo, porque os profissionais percebem os problemas, mas sem a força da população eles não conseguem mudar. Os profissionais são aliados da população nessa luta e esperam poder atender da melhor forma possível. E que a população continue pressionando.</p> <p>18) A Titular do Segmento Educação informa a necessidade de acesso às informações dos contratos, para isso serve a disponibilização das apresentações, e reforça a necessidade da entrega do resultado de exame em duas vias.</p>
Nº de titulares	15

Nº de suplentes	9
Nº de não membros do CGI	13
Relatório Ouvidoria Fiocruz: nº de mensagens no mesmo período	Três mensagens.
Relatório Ouvidoria Fiocruz: questões trazidas pelos cidadãos	<p>Moradora do Parque Oswaldo Cruz (Amorim) agradece enfermeira da equipe, pois sua dedicação e atenção são simplesmente as melhores. Sempre atende aos pacientes quando são marcados para a médica e esta não comparece à unidade. Agradece também a uma ACS.</p> <p>Moradora do Parque Oswaldo Cruz (Amorim) reclama que a médica não comparece às consultas marcadas e que estas não são remarçadas. A enfermeira sempre atende aos usuários.</p> <p>Moradora da Vila Turismo disse que visita solicitada para seu irmão foi realizada, porém foi visto que é necessário outro tipo de material para fazer o curativo em casa. Ela foi ao posto, mas não conseguiu a liberação do material para fazer o curativo.</p>

Fonte: Ata de Reunião do CGI e Relatório Ouvidoria Geral da Fiocruz

Neste nono encontro do CGI (quadro 14), a reunião foi bastante extensa em termos de assuntos registrados em ata de reunião, o que demandou um expressivo recorte de seu conteúdo para colocação no quadro-resumo. A pauta tratou mais uma vez da construção do CAPS ad, um tema recorrente neste fórum, e sobre uma explicação da relação do CSEGSF com o TEIAS. Este tipo de solicitação chama atenção, devido ao TEIAS ter sido implantado em 2010, mas em 2012 ele não parecia ser bem compreendido pelos integrantes do território, o que justifica este tipo de citação em vários pontos. Vale reiterar que se isso ocorre no âmbito do CGI, os usuários e trabalhadores dos serviços também podem possuir a mesma dificuldade de compreensão sobre esta relação. Tal questão nos remete a indagar sobre como e quais os processos de comunicação foram utilizados para informar a população a respeito dessa nova reorganização da prestação dos serviços de saúde no Complexo de Manguinhos. Nesta ocasião também foi informado sobre o jornal informativo “Comunidade na Saúde”, relatando que o mesmo seria composto por temas sugeridos pelos conselheiros para que guardasse identidade com o território. Este jornal foi a ferramenta de comunicação mais conhecida pelos participantes que preencheram o formulário de perguntas, conforme poderá ser visto na seção 4.2.3.

O fato de neste dia ter ocorrido uma apresentação de alguns profissionais de saúde que integram a CFVV e o CSE-Manguinhos, parece ter mobilizado a participação dos integrantes do CGI, que procuraram tirar suas dúvidas com relação à prestação de atendimento no território e as diversas unidades de atendimento disponibilizadas. Este é outro dado que reforça a questão

da comunicação, ao passo que parecia haver muitas dúvidas e questionamentos a respeito do TEIAS que estavam represadas, mas que foram colocadas durante este encontro. Entretanto, pela análise do material não há como dimensionar se somente esta reunião conseguiu dar conta de dirimir todas as questões dos usuários em geral, até porque esta explicação ocorreu no âmbito do CGI.

Outro dado curioso neste material, é que pela primeira vez houve um relato de deliberação pelo CGI, colocado no item 5, a respeito do local onde a reunião deste fórum deveria ocorrer. No tocante as manifestações da Ouvidoria, havia no mesmo relatório, uma crítica à prestação do atendimento médico e um elogio à profissional de enfermagem.

QUADRO 15 – 10ª reunião do CGI e manifestações à Ouvidoria no período

10ª Reunião	Principais assuntos/informes apontados na reunião do CGI 2010-2012
28/09/2012 Total de participantes: 20 Local: auditório do CRJ (Centro de Referência da Juventude)	<p>1) Informado que o abaixo-assinado para a construção do CAPS ad foi entregue em 18/09/12 para todos os candidatos a Prefeitura/RJ.</p> <p>2) Em Jan/2013 o TEIAS apresentará a prestação de contas e o planejamento para 2013.</p> <p>3) A Suplente do Segmento Assistência Social e Direitos Humanos sugeriu uma avaliação do CGI com um balanço – se foi positiva a criação do CGI – para ser apresentada em Dez na reunião de confraternização.</p> <p>4) Informado que quanto ao sinal da Rua Leopoldo Bulhões, o diretor da ENSP já encaminhou solicitação de semáforo para a CET-Rio.</p> <p>5) A CFVV já comunicou à CEDAE a falta de água, está sendo comprado carro-pipa todos os dias. Titular do segmento Saúde e Ambiente sugeriu comunicar a Super Rádio Tupi este problema.</p> <p>6) Como um dos encaminhamentos desta reunião foi acordado lembrar à coordenadora do TEIAS sobre a cópia de exame para pacientes.</p>
Nº de titulares	9
Nº de suplentes	4
Nº de não membros do CGI	7
Relatório Ouvidoria Fiocruz: nº de mensagens no mesmo período	4 mensagens.
Relatório Ouvidoria Fiocruz: questões trazidas pelos cidadãos	<p>Moradora da Vila Turismo, idosa com 73, anos relata que há alguns dias está com dor de cabeça por conta do remédio de pressão alta que ela utiliza não estar surtindo muito efeito. Então a ACS lhe orientou a dar uma passada no CSEGSF. Em 25/09 chegou bem cedo para garantir seu atendimento, e lhe disseram que ela deveria ter feito um agendamento e, mesmo diante de sua queixa, nem mesmo aferiram sua pressão. A cidadã considerou que a ACS deveria ter mais proatividade no caso de idosos, e fazer logo a marcação do atendimento. Sugere que eles fiquem mais atentos.</p> <p>Cidadão reclama que não há manutenção nos monitores cardíacos, há falta de</p>

	<p>profissionais de enfermagem nas equipes, as vagas de emprego na unidade deveriam ser repassadas à Associação de Moradores, mas isso não ocorre, não há medidas de controle de infecção hospitalar, não há funcionários para acompanhar a ambulância sendo necessário deslocar um Téc. de Enf. para isso e que há profissionais sendo ameaçados por dependentes químicos. (Este trabalhador não identificou a equipe em que atua).</p> <p>Cidadão diz o médico da Vila Turismo iria tirar 30 dias de férias antes da greve. Tirou 15 dias e a Fiocruz entrou em greve. Então interrompeu suas férias para "entrar" em greve. Após o término da paralisação o trabalhador está tirando os 15 dias de férias que ainda restam. Pergunta se isso é lícito e sobre como fica a situação das pessoas que precisam de atendimento, já que nesta equipe não há médico substituto.</p> <p>Morador do Parque João Goulart (PJG) relata o mau atendimento prestado a crianças, idosos e hipertensos, que neste caso só vão à unidade renovar a receita. Quando há algum exame para marcar o ACS pega as guias e diz que o paciente tem que aguardar, não fornecendo documento de inscrição no SISREG. Há moradores esperando a meses e a ACS e a Enfª da equipe não fornecem nenhuma informação. Afirma que há crianças com asma, que não estão inseridas no programa do MS, e que também não tem consultas marcadas para puericulturas, porque a ESF não marca regularmente conforme protocolo, que é de acompanhar a criança até os cinco anos de idade. “Tem uma criança de nove anos com uma alergia que nunca cessa, a unidade nunca vem fazer uma visita para saber como estão as pessoas aqui de Manguinhos. É DIREITO DO USUÁRIO DE UMA SAÚDE DE QUALIDADE, DE FORMA MAIS HUMANIZADA, ISSO PRECISA MUDAR, NÓS DO PARQUE JOÃO GOULART, NAS MARGENS DO CANAL DO CUNHA ESTAMOS VIVOS E MORAMOS AQUI AINDA. MINHA MAIOR INDIGNAÇÃO É QUE SOU ESTUDANTE DE ENFERMAGEM DO SÉTIMO PERÍODO DA FUNDAÇÃO SOUZA MARQUES E NÃO PRESENCIO A ESTRATÉGIA DE SAÚDE NA MINHA ÁREA. ESTOU REALIZANDO O MEU PAPEL DE CIDADÃO. FIOCRUZ ISSO PRECISA MUDAR!! ESTAMOS VIVENDO NO MEIO DE LIXO, ENTULHOS, FOCOS DE DENGUE, LEPTOSPIROSE E AS EQUIPES DE SAÚDE NÃO SE MANIFESTAM OS MORADORES DO PARQUE JOÃO GOULART ESTÃO ADOECENDO.”[sic]</p>
--	---

Fonte: Ata de Reunião do CGI e Relatório Ouvidoria Geral da Fiocruz

No décimo encontro do CGI (quadro 15) a pauta tratou mais uma vez da construção do CAPS ad em Manguinhos, porém, a questão da cópia dos exames para os pacientes também voltou a ser comentada. Esta demanda foi mencionada na ocasião da 7ª e da 9ª reunião do CGI, ocorridas em junho e agosto, respectivamente. Mas, pelo jeito esta foi uma decisão que ficou no âmbito da gestão. No tocante às manifestações à Ouvidoria a prestação do atendimento médico seguiu sendo abordada pelos usuários atendidos nas ESF de forma reiterada. Chama muita atenção a fala de um estudante de enfermagem morador do PJG, que fez uma comparação entre o que vem aprendendo sobre o SUS na sua faculdade e o que vem recebendo como atendimento no território. Com um discurso bastante eloquente ele chama atenção da responsabilidade da Fiocruz em contribuir para que os problemas apontados em sua demanda sejam solucionados.

QUADRO 16 – 11ª reunião do CGI e manifestações à Ouvidoria no período

11ª Reunião	Principais assuntos/informes apontados na reunião do CGI 2010-2012
	1) Apresentação sobre o PSE – Programa Saúde na Escola. Cada Estratégia de Saúde da Família- ESF tem responsabilidade por um território, porém nos territórios em que não

26/10/2012 Total de participantes: 31 Local: Colégio Municipal Rui Barbosa	<p>há ESF, a unidade de saúde existente fica como a responsável pelas escolas existentes, com autonomia para fazer os planejamentos locais. A proposta do PSE visa articular a área da saúde, da educação e da assistência social atuando em parceria com os familiares dos alunos matriculados nas escolas do Território de Manguinhos. Na reunião da equipe do TEIAS, partindo da identificação de necessidades e demandas das escolas, dos familiares e de acordo com o perfil de situações e agravos identificados das crianças, foi construída uma proposta de atuação das ESF articulada, montando propostas em que as áreas desenvolvam suas atividades, tendo objetivos articulados e pactuados, bem como metas centrais que servirão como guia para estabelecer prioridades para o desenvolvimento de propostas relacionadas ao PSE no Território de Manguinhos.</p> <p>2) A Titular do Segmento Educação aponta sentir falta do compromisso do profissional de educação com o local que trabalha, com a comunidade. Diz que não existe um espaço para o educador discutir com o território, o que considera gravíssimo, questionando o fato deste trabalhar no território sem conhecer o local que trabalha. E como irá representar um corpo docente de profissionais que não tem o compromisso com o território. Considera gravíssimo o compromisso com o território não estar presente no plano de trabalho do professor.</p>
O N° de titulares	14
N° de suplentes	7
N° de não membros do CGI	10
Relatório Ouvidoria Fiocruz: n° de mensagens no mesmo período	4 mensagens.
Relatório Ouvidoria Fiocruz: questões trazidas pelos cidadãos	<p>Moradora do Parque João Goulart (PJG) reclama que está com a pressão alta há uma semana, vem fazendo anotações para o mapa da pressão, mas não conseguiu consulta para o dia 15/10/12 no CSEGSF, sendo agendada para 16/10 às 13h40min. Na data não foi atendida, sendo novamente remarcada para 17/10.</p> <p>Moradora da Vila Turismo reclama sobre a falta de organização e demora da pesagem para o Bolsa Família.</p> <p>Moradora reclama que o endereço do seu pai sumiu do sistema, o que impossibilitou a marcação de uma consulta urgente para ele. Esta na dependência de esperar a visita de um ACS, que como disse antes, nunca aconteceu, para conseguir marcar o médico para seu pai. (A cidadã não mencionou sua localidade).</p> <p>Trabalhador da ENSP relata ter presenciado uma moradora idosa do Parque Carlos Chagas (PCC) ter tido um acolhimento não resolutivo ao passar mal sozinha dentro da Fiocruz. Ela procurou atendimento na ESF, pois estava passando muito mal e a ACS informou que teria que esperar cerca de 1:30h. Receava ter outro infarto e decidiu ir embora para buscar ajuda em outro lugar. Com muito cuidado ele levou-a de volta ao CSEGSF e procurou por alguém que pudesse ajudá-la.</p>

Fonte: Ata de Reunião do CGI e Relatório Ouvidoria Geral da Fiocruz

No décimo primeiro encontro do CGI (quadro 16) a pauta tratou de uma apresentação e uma discussão sobre o Programa Saúde na Escola. Chamou atenção a fala de uma conselheira que alertou sobre a falta de comprometimento do educador com o território, questionando que o fato deste não conhecer a realidade onde trabalha é um agravante. As demandas da Ouvidoria,

mais uma vez, apontaram para problemas de atendimento médico e de acolhimento pela unidade de saúde, e sobre a dificuldade de marcação de consulta.

QUADRO 17 – 12ª reunião do CGI e manifestações à Ouvidoria no período

12ª Reunião	Principais assuntos/informes apontados na reunião do CGI 2010-2012
<p>30/11/2012</p> <p>Total de participantes: 29</p> <p>Local: auditório do CRJ (Centro de Referência da Juventude)</p>	<p>1) A representante da Cooperação Social da ENSP informa que haverá uma reunião de avaliação do trabalho deste setor no que diz respeito a gestão participativa.</p> <p>2) O Suplente da Gestão do TEIAS realizou apresentação sobre Acolhimento e Comunicação da Estratégia de Saúde da Família, e iniciou dizendo que tem como ideia que é preciso melhorar o acolhimento dos usuários nas clínicas da família. Para iniciar o debate apresentou um vídeo de Cordel sobre a Política Nacional de Humanização (PNH) do SUS e em seguida um slide com elementos da PNH. Informa que atualmente na CFVV há 90 trabalhadores para atender a 18 mil pessoas do território. Diz que a educação permanente é um processo de construção contínua e realizado permanentemente, sem necessidade de parar um horário para ser realizada, sendo feita no cotidiano do trabalho. Explica que muitas das vezes o usuário vai à clínica com uma dor no corpo, mas que após uma conversa com um profissional sobre problemas de sua vida essa dor passa. Dá esse exemplo para explicar que os sintomas de dores podem estar relacionados a algum problema que a pessoa esteja passando no momento, brigas em família, vizinho e etc., e que o acolhimento humanizado, disposto a ouvir o usuário é importante. Titular do Segmento das Mulheres pergunta a ela se não é preciso contratar um Psicólogo para realizar o acolhimento na clínica. Este responde que não tem a resposta e que o acolhimento precisa ser discutido coletivamente para saber o caminho a seguir.</p> <p>3) Ele também explicou que o acolhimento não se resume em quem recepciona o usuário na clínica ou na classificação de risco, mas que vai da entrada à saída, na recepção da ambulância e etc. O objetivo do acolhimento é facilitar o acesso dos usuários e facilitar os trâmites do usuário na unidade. O desafio de trazer essa política para o nível das clínicas ou do Centro de Saúde, por exemplo, é a ênfase dada nas vulnerabilidades. Isto é, se tem muitos casos com situações de vulnerabilidade, e isso não está colocado na classificação de risco, se torna um desafio para as clínicas em Manguinhos.</p> <p>4) Explicado que os ACS se comunicam com o médico de forma <i>online</i>, mas isso não tem dado certo, pois muitas vezes o agente acha que o médico está vendo sua mensagem, mas o mesmo nem na sala se encontra. Titular do Segmento das Mulheres pergunta que tipo de preparação o ACS recebe quando passa na seleção e o Suplente da Gestão do TEIAS explica que todos que entram participam de cursos de ambientação.</p> <p>5) Ele acrescentou também que vem acontecendo de 15 em 15 dias o colegiado interno da CFVV, mas que a população tem tido pouca participação.</p> <p>6) A representante da Cooperação Social da ENSP pergunta se tem quadros de informação nas clínicas para que a população identifique o local de verificar as informações. O Suplente da Gestão do TEIAS diz que sim, que há dois quadros relacionados à informação para população.</p> <p>7) A Suplente do Segmento Religião fala da proposta que foi formulada no fórum, para melhorar a comunicação: construção de um informativo sobre saúde para comunicação aos moradores, e a utilização das TVs das clínicas como veículo de comunicação sobre as informações de saúde da comunidade. Ex.: dias e horários das reuniões dos colegiados, do CGI, e etc.</p> <p>8) A representante do CSE-Manguinhos informa que as reuniões comunitárias já estarão ocorrendo a partir de semana que vem. Diz que na próxima reunião do CGI irá levar a</p>

	agenda das reuniões.
Nº de titulares	8
Nº de suplentes	9
Nº de não membros do CGI	12
Relatório Ouvidoria Fiocruz: nº de mensagens no mesmo período	Uma mensagem.
Relatório Ouvidoria Fiocruz: questões trazidas pelos cidadãos	Morador do Parque Oswaldo Cruz (Amorim) diz que continuamente observa desajustes no atendimento, no entanto nunca havia tomado a iniciativa de reclamar. Está com dificuldade de marcar um ECG pedido em consulta em 17/09/12, assim como de marcar a consulta de retorno com a médica. Foi informado de que a agenda de Dez/2012 já está fechada.

Fonte: Ata de Reunião do CGI e Relatório Ouvidoria Geral da Fiocruz

No décimo segundo encontro do CGI (quadro 17) a temática do acolhimento e da humanização do atendimento foi debatida, ressaltando a necessidade de escuta ao usuário. Chamou atenção uma crítica sobre a forma de comunicação interna entre ACS e médico, através de uma ferramenta *online*, com isto sendo apontado como um problema, ou seja, algo que foi criado para facilitar e agilizar o diálogo, na percepção deste conselheiro, vem se traduzindo como uma fonte de problema. Além disso, foi citado como mais um espaço de diálogo e participação para os usuários dos serviços o colegiado interno da CFVV, sendo apontado que a população tem tido pouca participação neste. Este comentário chamou atenção, pois a população parece estar de alguma forma sendo responsabilizada por sua ausência no fórum citado, mas ao mesmo tempo não há nenhum indicativo se ela vem sendo convidada para tal e/ou de que forma este convite vem sendo feito pela gestão da CFVV.

Sobre este aspecto é preciso levar em conta que o TEIAS-Escola Manguinhos possui diversas ferramentas de comunicação voltadas para o incentivo da gestão participativa, mas não há um indicativo de que elas estejam sendo utilizadas para promover ações desta natureza. Por fim, a TV da clínica foi mais uma vez lembrada como um instrumento de divulgação as ações do território para os usuários. Os quadros também foram mencionados como espaço de divulgação de informações para os usuários. A mensagem oriunda da Ouvidoria tratou da dificuldade de atendimento por uma equipe de ESF.

QUADRO 18 – 13ª reunião do CGI e manifestações à Ouvidoria no período

13ª Reunião	Principais assuntos/informes apontados na reunião do CGI 2010-2012
-------------	--

21/12/2012 Total de participantes: 29 Local: Centro de Saúde Escola Germano Sinval Faria	<p>1) Última reunião do ano do CGI. Feito um balanço dos pontos positivos e negativos deste fórum.</p> <p>2) Positivo: suplente do Segmento Religião aponta que houve a construção de um espaço de escuta dos moradores; suplente do Segmento Mulheres diz que houve um maior envolvimento na governança do território; titular do Segmento Minorias apontou uma boa comunicação sobre a existência do CGI. Para ela muitos moradores tomaram conhecimento deste espaço; titular do Segmento Mulheres diz que ocorreu um maior acesso aos médicos.</p> <p>3) Negativo: titular do Segmento Minorias considera que tem muita responsabilidade em um só segmento e propõe a separação das representatividades que existem neste segmento; titular do Segmento Mulheres considera a necessidade de reestruturação com relação ao início da reunião, que só pode ter início segundo o RI/CGI, se tiver presente o quórum mínimo de mais de 50% de conselheiros, sendo de segmentos diferentes, contudo, como os conselheiros não tem chegado no horário, a reunião tem começado com muito atraso. A mesma acha que pode iniciar a reunião sem quórum mínimo, mas só deliberar quando estiver o quórum estipulado; suplente Segmento Assistência Social e Direitos Humanos diz que o curso de Qualificação de Conselheiros da EPSJV/Fiocruz afastou muitos conselheiros que tinham interesse no nele por conta de solicitar documentação comprobatória de escolaridade.</p>
Nº de titulares	11
Nº de suplentes	8
Nº de não membros do CGI	10
Relatório Ouvidoria Fiocruz: nº de mensagens no mesmo período	Uma mensagem.
Relatório Ouvidoria Fiocruz: questões trazidas pelos cidadãos	Moradora do Parque Oswaldo Cruz (Amorim) agradece a oportunidade de assistir a palestra organizada e apresentada pela equipe do CSEGSF, apontando que aprendeu muita coisa e que isso sempre deveria ocorrer na sala de espera. Diz que após reunião ocorrida entre a coordenação do CMS e a equipe do Parque Oswaldo Cruz, muita coisa mudou para melhor, como a relação com os ACS que foi contornada. Admira a médica da equipe por esta ter reconhecido e se esforçado em melhorar a forma de atuação junto aos moradores.

Fonte: Atas de Reunião do CGI 2011-2012 e Relatório da Ouvidoria Geral da Fiocruz 2010-2012

Finalmente, no décimo terceiro encontro do CGI (quadro 18), a reunião foi direcionada para realização de um balanço das ações do conselho neste primeiro ano de atuação do CGI. Chama atenção o fato de nos pontos positivos alguns dos conselheiros presentes pontuarem que o CGI significou a construção de um espaço de escuta dos moradores, apontando haver uma boa comunicação sobre a existência deste espaço. Entretanto, conforme poderá ser visto na análise dos formulários de perguntas o nível de conhecimento dos trabalhadores e dos usuários a respeito deste fórum é bastante exíguo, tanto na CFVV quanto no CSE-Manguinhos. Com relação aos aspectos negativos, chamou atenção a percepção de uma conselheira sobre a procura e a adesão ao curso oferecido pela EPSJV. No tocante à mensagem da Ouvidoria, esta

tratou de um agradecimento ao ajuste do atendimento médico ocorrido após uma reunião de intervenção da gestão.

As informações das atas de reunião do CGI organizadas nos quadros em paralelo com a sistematização dos dados do relatório detalhado da Ouvidoria Fiocruz, auxiliaram a visualizar que há um descompasso entre os temas e assuntos apontados pelos cidadãos-usuários do TEIAS-Escola Manguinhos em ambos os espaços. No âmbito do CGI os assuntos mais recorrentes discutidos pelos conselheiros, que constavam nas atas foram: **1)** a prestação de atendimento aos usuários pela UPA-Manguinhos e a falta da especialidade de Pediatria nesta unidade; **2)** a instalação de um CAPS ad no território de Manguinhos; **3)** a relação entre a CFVV, o CSEGSF/ENSP/Fiocruz e o trabalho das equipes de ESF; **4)** o processamento dos exames laboratoriais pela CFVV e pelo CSEGSF e o direito do usuário em obter uma cópia do resultado e **5)** o acolhimento aos usuários em geral por ambas as unidades. No caso do relatório detalhado da Ouvidoria Fiocruz, quase a totalidade das manifestações versava sobre a prestação de serviços no CSE-Manguinhos, relacionados aos seguintes temas: **1)** demora no atendimento pelo médico; **2)** dificuldade de marcação de atendimento médico e **3)** necessidade de organização do atendimento em geral pelos ACS e médicos. Minayo (2010) ao descrever saúde como um bem coletivo coloca que todos os que integram este setor devem saber que os parâmetros de investigação e ação devem discorrer sobre “a universalização dos direitos, a construção da equidade e o atendimento de qualidade de todos” (Minayo, 2010, p.257), nas manifestações da Ouvidoria podemos notar que elas trazem a percepção do usuário a respeito de sua experiência na unidade de saúde, entretanto, é possível perceber que o que ocorre na realidade material dos serviços não está sendo colocado para discussão no âmbito do CGI. Além disso, as demandas dos usuários estão muito focadas na prestação do atendimento médico. Tais pontos levam a refletir se o conselho está sendo utilizado em sua potencialidade para ajudar a resolver os problemas que ocorrem, principalmente, na rotina das unidades que compõem o TEIAS-Escola Manguinhos, conforme ressaltado em sua primeira reunião. Por fim, a análise geral das atas demonstrou que pelo menos neste primeiro ano de funcionamento, este fórum está sendo basicamente utilizado para construção de pautas e realização de informes, não desempenhando seu papel de discussão e deliberação. A expectativa é de que esta realidade tenha se modificado no ano seguinte de atuação do CGI.

Com o objetivo de analisar a frequência às reuniões do conselho por tipo de público, os participantes que constavam nas atas de reunião foram categorizados como titular, suplente e não membro do CGI, conforme poderá ser visto na tabela 1 a seguir.

TABELA 1 – Categorização das atas de reunião do CGI por tipo de público

Reunião	Nº de participantes por reunião	Nº de titulares	Nº de suplentes	Nº de não membros do CGI
1ª 15/12/11	28	10	13	5
2ª 27/01/12	27	11	11	5
3ª 02/03/12	32	13	12	7
4ª 31/03/12	Os dados desta reunião foram perdidos, por conta de defeito no gravador antes da sua transcrição.			
5ª 27/04/12	27	10	10	7
6ª 25/05/12	26	11	9	6
7ª 29/06/12	31	10	12	9
8ª 27/07/12	36	14	7	15
9ª 31/08/12	37	15	9	13
10ª 28/09/12	20	9	4	7
11ª 26/10/12	31	14	7	10
12ª 30/11/12	29	8	9	12
13ª 21/12/12	29	11	8	10
Total de participantes	353	136	111	106

Fonte: Atas de Reunião do CGI 2011-2012.

Nota: Dados trabalhados pela autora.

Por este consolidado podemos notar que a frequência às reuniões tem um número bem equilibrado no geral e, desta forma, o CGI não pode ser considerado como um espaço esvaziado. O público que o frequenta também aparece de forma bem equilibrada entre as categorias apresentadas. Contudo, isso não significa dizer que o que vem sendo debatido neste fórum representa de forma uníssona os interesses dos cidadãos-usuários do território de Manguinhos, assim como do corpo de profissionais das equipes de ESF do TEIAS-Escola Manguinhos. Entendendo que o CGI deve ser compreendido como um espaço público, com forte potencial de proporcionar uma construção coletiva a favor do exercício do controle social e da gestão participativa, ele deveria ser mais explorado pelos usuários e trabalhadores dos serviços de saúde do território de Manguinhos. Para que isso se efetive devemos

considerar que a comunicação e a informação tem um papel fundamental de atuação junto a este espaço, pois Matos (2009) aponta que:

o declínio do debate público não se deve apenas à posse desigual de informações, mas também à ausência de estímulo a processos discursivos e cooperativos de construção do conhecimento. A esfera pública não pode se manter sem que os indivíduos desenvolvam as capacidades comunicativas necessárias para que possam sustentar suas opiniões e argumentos diante daqueles aos quais se opõem.
(MATOS, 2009, p.78).

4.2.2) Entrevistas com os integrantes do CGI:

Estas entrevistas foram úteis em razão do grupo que foi convidado a participar – coordenadora do TEIAS-Escola Manguinhos, representante da gestão, representante dos usuários e trabalhadores do Conselho Gestor Intersetorial (CGI) – possuir um conjunto de informações relevantes, resultante da experiência acumulada desde a implantação do projeto TEIAS em Manguinhos. Para além disso, a entrevista proporciona na prática de pesquisa a oportunidade de uma ligação e de uma interação mais estreita entre o pesquisador e o objeto de estudo proposto. Para Minayo (2010):

O que torna o trabalho interacional um instrumento privilegiado de coleta de informações para as Ciências Sociais é a possibilidade que tem a fala de ser reveladora de condições estruturais, de sistemas de valores, normas e símbolos (sendo ela mesma um deles) e, ao mesmo tempo, ter a magia de transmitir, por meio de um porta-voz, as representações grupais, em condições históricas, socioeconômicas e culturais específicas.”
(MINAYO, 2010, p.204)

Todas as entrevistas foram realizadas em Dezembro/2013, na ocasião da última reunião do CGI do exercício 2013. A primeira entrevista foi com a coordenadora do TEIAS-Escola Manguinhos e representante da gestão no CGI, e ocorreu logo de manhã, antes da reunião do CGI, na própria sala da coordenação do CSEGSF.

A segunda entrevista foi com uma representante dos usuários, sendo realizada logo após esta última reunião do CGI, na mesma sala onde havia acabado de ocorrer o encontro. Infelizmente não tivemos a oportunidade de ficar a sós. Além de ocupar esta posição no CGI, esta entrevistada também é ACS de uma das localidades pesquisadas. Desde minha inserção na sala de espera do CSE-Manguinhos vinha tentando conversar com a mesma, mas esta sempre me sinalizava que ao mesmo tempo em que gostaria de participar da pesquisa, nunca

havia uma ocasião mais apropriada. Ao ser mais uma vez abordada por mim, sua postura foi, como sempre, um misto de receptividade à minha pessoa e de pressa, demonstrando novamente que estava correndo para ver/resolver alguma coisa. A fim de deixá-la mais tranquila com relação ao tempo, falei que seria uma entrevista bem rápida. Em todas as perguntas ela refletiu um pouco antes de responder, na primeira pergunta ela foi bastante reticente sobre o significado da palavra “controle”, repetindo a pergunta por duas vezes antes de responder. A duração foi de dez minutos, o que me deixou a impressão de que para ela se tratava apenas de mais uma pesquisa, de mais um estudo, dentre tantos outros que ali começavam e terminavam. Apesar de ela refletir um pouco antes de responder, isso parecia ser mais algum tipo de receio de falar algo inadequado, ou mesmo uma dificuldade de expressar seu entendimento sobre o significado do controle social e sua relação com a comunicação.

Ao terminar a segunda entrevista, me dirigi à responsável pela Gestão Participativa no TEIAS-Escola Manguinhos, que prontamente foi muito receptiva e me indicou a representante dos trabalhadores para conversar. A conversa durou em torno de doze minutos, e também ocorreu na mesma sala da segunda entrevista. A entrevistada relatou que já tem um ano que foi eleita como suplente no CGI, e que na verdade não quis participar deste fórum por livre e espontânea vontade, mas como é reconhecidamente uma liderança comunitária – Mulheres da paz, Mulheres de Atitude – foi convencida da importância da sua participação no mesmo pela responsável pela Gestão Participativa. Ela se candidatou à eleição e foi eleita, o que indica que de fato ela é uma liderança local. Ela repetiu mais de uma vez que não gosta muito de participar, mas que vai “indo como se fosse uma correnteza” [sic]. Relatou que se enxerga como uma pessoa extremamente estressada, e neste fórum não aguenta as pessoas que costumam tirar o foco da reunião, acha que tem que haver mais objetividade. Não pretende continuar participando por conta disso. Achava que tudo tinha que ser tipo “pá-pum”[sic], se discutiu e revolveu muito bem, se não resolveu, deveria seguir para o próximo item da pauta em discussão. Ela participou do GT de formação do TEIAS, acompanhou o processo de criação do projeto TEIAS em Manguinhos e do CGI. Segue abaixo as perguntas elaboradas e a resposta dos entrevistados:

1) O que entende sobre participação e controle social no SUS?

Resposta coordenação e representante da gestão do TEIAS-Escola Manguinhos:

Vou te dizer uma coisa... Sempre fiz críticas a essa... sobre essa denominação do “controle social” pois parece que a gente faz o controle do social, sendo que é justamente o contrário, tenho a sensação

que o nome é impróprio, na verdade a população é deveria estar controlando a gestão do SUS. Foi uma conquista do SUS, da nossa carta cidadã. [...]O controle social não se efetivou até hoje na APS. [...]Acho que o controle social é a única forma do serviço público ouvir a demanda da população. A população que eu trabalho é essa população que eu tenho que ouvir, e efetivamente a gente tem que devolver para essa população aquilo que é da nossa atenção. [...] Não seria possível trabalhar a questão do território sem haver o controle social, daí surgiu a ideia de fazer uma coisa diferente, um Conselho Intersetorial em que tivesse os atores do ensino, os atores da assistência social, o que é uma ousadia. [...] O CGI é questionado pelo Conselho Distrital, mas ele não quer fazer o que este faz, não quer competir com o Conselho Distrital. O CGI quer dar voz, quer criar parcerias intersetoriais em um território que se propõe a ser um modelo a ser replicado, pois este é o papel da Fiocruz.[...] Já vi levantamentos sobre o que as pessoas vêm estudando sobre os conselhos, a gente vê muito pouca coisa, mas o pouco que a gente vê são as limitações dos conselhos, que embora a gente tente mudar processos de trabalho dentro da unidade de saúde não muda a política pública. [...]O fato do conselheiro não ter a força para mudar os rumos da política pública dá um certo desânimo. Mas o controle social é fundamental. Sem ele não há aquela mudança que o sistema de saúde nacional tem que passar.

Resposta membro representante dos usuários:

Acho muito difícil falar sobre isso inclusive, pois se vê muita coisa fora das normas. Dificilmente... Não é algo fácil de fazer na prática.

Pelos relatos dos entrevistados o tema controle social aparece de forma muito mais bem fundamentada e articulada no relato do gestor. No tocante aos demais membros esse conceito aparece de forma quase tímida na fala da representante dos usuários, ao mesmo tempo em que o representante dos trabalhadores nem respondeu a pergunta. Não foi investigado se isso seria um problema de formação para o exercício do controle social. De toda forma, nas atas de reunião do CGI foi muito mencionado a oferta do curso de Qualificação de Conselheiros pela EPSJV/Fiocruz, sendo inclusive, colocado como ponto negativo no balanço do CGI que a solicitação do nível de escolaridade para se inscrever neste curso afastou diversas pessoas do mesmo. Talvez essa questão merecesse uma atenção maior da parte dos gestores do TEIAS.

2) Participa com frequência de algum destes mecanismos de controle social: Conselho de Saúde e Conferência de Saúde.

Resposta coordenação e representante da gestão do TEIAS-Escola Manguinhos:

Nunca tive oportunidade de ir a uma conferência de saúde, mas faço parte do Conselho Distrital, sou membro gestão, como chefe do centro de saúde, faço parte do conselho distrital como gestora.

Resposta membro representante dos trabalhadores:

Sim. Do Conselho de Saúde e Conferência de Saúde. Também já fui membro do conselho distrital da CAP 3.1, porém fiquei afastada por um período, pois estava na equipe como técnica, e não tinha como participar das reuniões mais ativamente.

Resposta membro representante dos usuários:

Sim, acho muito bacana e muito legal, uma boa conversa para abrir os olhos sobre os direitos que se tem. O que pode ser feito para ajudar o sistema e ao outro (usuário).

Os relatos chamam atenção com relação a percepção do representante dos usuários sobre estes fóruns, ao considerar que estes são *lócus* para conhecimento de direitos sobre saúde. A fala do representante dos trabalhadores ao pontuar a falta de tempo para participar deste fórum, também foi apontada por diversos usuários e trabalhadores que preencheram o formulário de perguntas, assim como também, nos registros do diário de campo. Desta forma, os processos de comunicação utilizados deveriam prever este tipo de situação e tentar dirimi-los pela utilização das ferramentas de comunicação disponíveis na iniciativa. Certamente um elevado extrato da população que poderia estar participando mesmo que de forma indireta deste fórum está sendo deixada de fora.

3) Você considera que o controle e a participação social podem auxiliar a melhoria dos serviços de saúde?

Resposta coordenação e representante da gestão do TEIAS-Escola Manguinhos:

Eu acho que essa é a intenção dela.

Resposta membro representante dos trabalhadores:

Serve né. Embora as pessoas insistam em ter sempre a mesma conversa e o fórum não evolui. Deveria evoluir, mas isso não ocorre.

Resposta membro representante dos usuários:

Ajuda, ajuda sim, gostaria de fazer mais, no meu caso me sinto como um beija-flor. Gostaria de fazer mais, porém não consigo. Com o que consigo fazer já me sinto feliz.

Os relatos foram bastante sucintos. De certa forma a representante da gestão já respondeu isso na primeira pergunta. O representante dos usuários chamou essa responsabilidade para si e representante dos trabalhadores ressaltou o incômodo da utilização pouco eficiente deste fórum para garantir a melhora do serviço através da gestão participativa.

4) Quais mecanismos de comunicação são utilizados para divulgar as reuniões, pautas e deliberações do CGI junto aos usuários?

Resposta coordenação e representante da gestão do TEIAS-Escola Manguinhos:

Nós temos hoje o portal / o site, e a gente publica no site do TEIAS as atas do CGI. É claro que isso é um recurso tecnológico que publiciza, mas pra nossa comunidade que tem limitações, principalmente na área da informática [...] nós temos conselheiros mais idosos que não tem muito conhecimento da tecnologia que tem dificuldade de fazer a retração dessas informações, isso é uma dificuldade muito grande, mas assim... o que é possível a gente publiciza.

Resposta membro representante dos trabalhadores:

Às vezes o CSEGSF contrata uma bicicleta falante pela comunidade... Funciona muito panfleto pelas comunidades. Funcionaria melhor se cada equipe de ESF tivesse uma quantidade de panfletos para o ACS distribuir pelas suas microáreas.

Resposta membro representante dos usuários:

Para os usuários já teve através de panfletos ou através de forma verbal.

O relato da gestão demonstrou uma forte menção ao recurso tecnológico do Portal TEIAS, e mesmo apontando que ele por si só não consegue dar conta de divulgar as informações sobre o CGI, outros meios ou ferramentas de comunicação não foram citadas. O representante dos trabalhadores forneceu uma sugestão interessante para ampliação desta divulgação, que poderia ser realizada com o auxílio do ACS. Isso dá mais dimensão à importância do papel do ACS para o estabelecimento e desenvolvimento de ações efetivas para a comunicação.

5) Quais mecanismos de comunicação são utilizados para divulgar as reuniões, pautas e deliberações do CGI junto aos trabalhadores?

Resposta coordenação e representante da gestão do TEIAS-Escola Manguinhos:

É... na verdade são as mesmas limitações, não são todos os trabalhadores que tem interesse [...] a gente procura internamente, dentro de todos os núcleos de gestão, seja na gerência da Victor Valla, na gerência do CSE- Manguinhos, do centro de saúde e tal.. Procura um pouco divulgar nas nossas reuniões as falas dos conselhos, mas nem sempre a gente consegue divulgar tudo, claro que aquele assunto mais polêmico [...] Eu acho que hoje mais do que ontem os trabalhadores estão mais sensibilizados para a importância do controle e da participação social, cada vez mais, mas assim... ainda acho que há um caminho a percorrer, não são todos os trabalhadores que são sensibilizados para isso.

Resposta membro representante dos trabalhadores:

Tem sim. Tem a lista interna de e-mail.

Resposta membro representante dos usuários:

Para os trabalhadores já vi ser colocado no mural.

O relato dos representantes dos usuários e dos trabalhadores foi bastante sucinto. Porém, a resposta da gestão ficou mais focada na percepção que os trabalhadores têm a respeito do controle social, do que na divulgação do tema em si junto a este público. Ao que parece a questão do controle social ainda é muito diversa e polêmica para alguns trabalhadores.

6) Os cidadãos são estimulados a utilizar o mecanismo de Ouvidoria? Se afirmativo, de que forma?

Resposta coordenação e representante da gestão do TEIAS-Escola Manguinhos:

São. Mas, ainda, a gente vê muitas dificuldades. Deixa eu falar uma coisa pra você muito crítica. O sistema de ouvidoria que a Prefeitura implantou nas unidades básicas de saúde da família, é um sistema de Ouvidoria que exige a identificação do usuário. Isso é muito complicado, eu tenho os dois sistemas aqui implantados eu tenho uma pessoa que fica quase que exclusivamente para abordar cada usuário, para que ele faça sua avaliação [...] quando o usuário se depara com necessidade de identificação ele não quer se identificar.

Resposta membro representante dos trabalhadores:

Sempre, mas eles não estão habituados com essa prática e daí ficam um pouco intimidados. Eu mesmo sou uma pessoa que está sempre estimulando, seja por telefone, por e-mail ou por cartinha.

Resposta membro representante dos usuários:

São muito. Através, não da gente, mas já ouvi isso de um usuário para o outro. Quando alguém fala que vai fazer uma queixa, eu respondo que fica ao critério da pessoa, que ele deve ver o que acha, e se ele acha que isso vai resolver...

O relato dos representantes foi diverso. O representante dos usuários ficou visivelmente incomodado, com esta pergunta sobre a Ouvidoria. A representante dos trabalhadores considerou que a procura por este órgão ainda não é elevada devido a timidez dos usuários. Na verdade, talvez isso queira dizer não timidez, mas sim o receio de se expor através da procura pela Ouvidoria, o que pode ser entendido como uma falta de compreensão do trabalho deste órgão tanto pelos usuários quanto pelos trabalhadores. A representante da gestão focou sua resposta na problemática que envolve a forma de entendimento que a Prefeitura RJ vem utilizando para trabalhar com o canal de ouvidoria.

7) Considera que a comunicação e a informação podem auxiliar o exercício do controle social e da gestão participativa? Por quê?

Resposta coordenação e representante da gestão do TEIAS-Escola Manguinhos:

Também considero que é fundamental. Por que é só com conhecimento, só com esclarecimento, que você efetivamente tá dentro do processo de participação [...] eu sinto na fala dos nossos próprios conselheiros que eles têm dificuldade de retornar para as representações deles, dentro da comunidade, as próprias discussões daqui. Essa é uma coisa que tem sido muito colocada [...] eu vou te ser muito sincera, parece que a gente colabora apagando um incêndio, como se fosse um beija-flor [...] de gotinha em gotinha, embora a gente dedique uma energia enorme para que isso aconteça, a sensação que eu tenho é que a gente tá fazendo a nossa parte.

Resposta membro representante dos trabalhadores:

Isso é muito necessário, é muito necessário mesmo.

Resposta membro representante dos usuários:

Sim, poderia.

A resposta dos representantes dos usuários e dos trabalhadores foi lacônica, o que pode representar talvez uma falta de entendimento não só do assunto informação e comunicação, como também de sua interação com a prática da gestão participativa. Isso já foi bem diferente no formulário de perguntas e nos registros do diário de campo. Muitos usuários e trabalhadores consideraram fundamentais e necessários a conjugação entre a comunicação, a informação e o exercício do controle social. A representante da gestão também considera fundamental o aporte da comunicação e da informação, apontando que o conhecimento deficitário de alguns conselheiros prejudica a disseminação de informações a respeito da participação social pelos próprios segmentos dos quais são representantes. É interessante que ela apontou dedicar energia para isso, embora fazendo uma analogia com o trabalho do beija-flor, sinalizando que praticar isso é como viver apagando incêndio.

8) Como fica sabendo das demandas de Ouvidoria (Fiocruz, Ap.3.1, OGS, municipal) para esta unidade? As questões apresentadas são levadas para o CGI?

Resposta coordenação e representante da gestão do TEIAS-Escola Manguinhos:

Todas através de e-mail, por via eletrônica. Sim, mesmo questões que não chegam via ouvidoria [...], agora se vai dizer, assim, se existe dentro daquele espaço do CGI um momento pra gente tratar da ouvidoria... Não, não existe. Acho até que a gente deveria criar, na hora dos informes, por exemplo.

Resposta membro representante dos trabalhadores:

Sim. Entretanto, quando chega neste fórum um assunto vindo da ouvidoria, ele vira a fala da hora, então para tudo na reunião, e isso acaba virando o tema central e deixando o resto para o lado. Desta forma tem se evitado, agora, esse tipo de discussão dentro deste fórum.

A resposta da representante da gestão afirma que não existe um espaço só para isso, relata que alguns assuntos que chegaram ao canal de Ouvidoria já foram levados ao CGI, mas que isso não é uma prática. Contudo a representante dos trabalhadores aponta que quando uma mensagem da Ouvidoria chega ao fórum é como se ela tomasse a palavra. Daí nada mais se discute. A análise das atas de reunião do CGI e dos relatórios da Ouvidoria demonstrou o quão dissonante é atuação destes dois espaços, em termos de acolhimento das demandas dos usuários. Estes fóruns poderiam manter um diálogo a respeito das demandas de cada um, o que potencializaria a prática da gestão participativa na região. Devido a Ouvidoria acompanhar o que ocorre basicamente na ponta dos serviços assistenciais, suas demandas poderiam municiar e qualificar as discussões do CGI para a melhoria da qualidade do atendimento em Manguinhos através da voz do usuário, tal como proposto na 1ª ata de reunião do CGI. O usuário não é somente aquele que está no CGI, mas todo aquele que

independentemente de utilizar este espaço, também se posiciona a respeito da assistência em saúde recebida nos demais espaços de participação social do território.

9) Porque você frequenta o espaço do CGI?

Resposta membro representante dos trabalhadores:

Por que tenho esperança sempre de que indo à reunião terá alguma coisa de positivo. Mesmo com todas as dificuldades que já vi. Como haverá uma nova eleição no início de 2014, que com o conhecimento acumulado na primeira gestão isso pode melhorar. Considero que as pessoas tem que melhorar a cada ano, com a experiência passada. Saber da importância dele e valorizar cada minuto que tem a oportunidade de estar ali frequentando aquele espaço.

Resposta membro representante dos usuários:

Quando me candidatei esta função na época na verdade não sabia o que era, não sei se irei continuar, já que estou há dois anos nisso. Talvez fique, mas tem que ter disposição, pois este espaço é uma luta, uma grande luta, uma luta sem vitória.

Para finalizar esta análise, a representante da gestão respondeu essa pergunta em sua fala na primeira pergunta do formulário. A representante dos trabalhadores apesar de demonstrar um pouco de impaciência com relação ao comportamento de determinados pares com relação a forma de se comportar neste espaço, demonstrou crer na sua importância e existência, apontando que ainda tem esperança de que ele pode ajudar a mudar as coisas. Para isso aposta na renovação que deverá ocorrer com a próxima eleição do CGI. Já a representante dos usuários ressaltou que este é um espaço de luta, porém, uma luta sem vitória. Talvez este tipo de colocação soe como um exemplo local sobre a dinâmica de funcionamento dos conselhos de saúde em geral, e a percepção de alguns conselheiros sobre este fórum. Apesar de estar reticente quanto à sua continuidade neste espaço a representante finaliza colocando que isso é uma possibilidade.

Conforme mencionado, no mesmo dia destas entrevistas ocorreu a última reunião do CGI do exercício de 2013, e no encerramento deste encontro a representante da gestão no CGI comentou que ao ser entrevistada e ter que falar sobre a temática o controle e a participação social refletiu sobre essa questão, a qual considera fundamental para que o projeto do SUS se consolide de verdade na prática. Também alertou que os conselheiros devem pautar sua ação a favor do pensamento do bem comum e coletivo, e não pensar que um conselheiro pode obter de benefícios a partir de sua inserção no CGI. É válido ressaltar que essa observação também figurou no diário de campo desta pesquisa, através do registro da fala de alguns ACS. Este tipo de afirmação e o relato dos entrevistados em geral demonstra o que Oliveira (2006) observou quanto ao jogo do poder nos conselhos, ao relatar a argumentação de alguns atores

de que estes fóruns são instâncias inócuas para melhorar politicamente o funcionamento do sistema de saúde porque costumam ser transformados em instâncias de conflitos, de impasses político-partidários ou servindo como trampolim político para muitos de seus membros. Em seguida o autor também chama atenção para uma situação muito delicada, que pelos comentários de alguns participantes da pesquisa, acabam revelando o comportamento de alguns membros do CGI:

Outro problema surge quando o conselheiro, principalmente representante dos usuários, é cooptado pelo gestor em troca de pequenos favores, fichas médicas, exames para amigos, vizinhos ou parentes, fazendo alterar suas votações e posições dentro do conselho, quando não empregos na administração pública.
(OLIVEIRA, 2006, p.34)

É importante ressaltar que no caso do CGI, nenhuma fala dos participantes tratou sobre tentativa de cooptação da parte do gestor, mas todas se referiram ao comportamento de alguns conselheiros, que por pertencer a este fórum, se utilizam de sua condição para obter facilidades. No tocante a forma com que os conselheiros compreendem este espaço público de visibilidade, Arendt (2010) nos faz refletir ao apontar que a “aparência – aquilo que é visto e ouvido pelos outros e por nós mesmos – constitui a realidade.” (Arendt, 2010, p.61), assim, no caso das conselheiras representantes dos trabalhadores e dos usuários, seus relatos expressaram certa apatia, não só com relação ao controle social, mas também com o próprio CGI, ao passo em que a representante da gestão possui forte consciência dos problemas do CGI e do controle social, mas ainda assim, considera que o território vem obtendo ganhos significativos com a instauração deste fórum. A maneira com que todo conselheiro se vê ao representar este papel e como ele entende o espaço do CGI, e a maneira como a partir disso ele vai praticar o controle social, são questões que devem ser trabalhadas pelos gestores do TEIAS-Escola de forma perene.

4.2.3) Formulário de perguntas para trabalhadores e usuários:

Este formulário foi utilizado para avaliar o nível de conhecimento dos atores que compõem o TEIAS-Escola Manguinhos, a respeito do tema controle social, dos mecanismos de controle e participação social disponíveis no território e das ferramentas de comunicação utilizadas para ampliação da gestão participativa. Foi adotado como um critério de participação, que estes atores não fossem integrantes do CGI TEIAS-Escola Manguinhos.

Este instrumento teve sua estrutura dividida em dois blocos distintos, com a primeira parte composta por perguntas referentes ao nível de conhecimento a respeito dos mecanismos de controle participação social disponíveis no território, e a segunda parte continha perguntas que procuravam atestar o nível de conhecimento a respeito das ferramentas de comunicação disponíveis para promover a gestão participativa no âmbito do TEIAS-Escola Manguinhos. Os participantes do estudo foram compostos por usuários e trabalhadores do TEIAS-Escola Manguinhos pertencentes a uma mesma localidade e equipe de ESF. Os nomes das localidades foram suprimidos do trabalho, para evitar que os participantes pudessem ser identificados. Desta forma a referência às mesmas foi como Comunidade A (atendida na CFVV) e comunidade B (atendida no CSE-Manguinhos). A informação do nome de cada localidade constou somente no formulário de perguntas para controle do pesquisador, pois foram preenchidos cinquenta formulários por cidadãos-usuários cada localidade.

Ao todo foram convidados a participar cem usuários dos serviços e o preenchimento do instrumento de pesquisa, aplicado em diferentes dias e horários de atendimento nas salas de espera da CFVV e do CSE-Manguinhos, foi realizado junto com o pesquisador que ia anotando as respostas e colocando em um diário de campo as informações adicionais de cada ator. A aplicação do formulário junto aos participantes teve seu início em meados de dez/2013 e término em mar/2014. Algumas informações constantes no diário de campo foram colocadas nesta parte do trabalho juntamente com as respostas da pergunta aberto do formulário de perguntas. Os usuários participantes foram escolhidos de forma aleatória ou indicados ao pesquisador pelos ACS. A ideia inicial seria selecionar os usuários com base nas fichas de atendimento ambulatorial que estivessem separadas para consulta marcada na unidade – CFVV e CSE-Manguinhos – nas datas/horários da realização da pesquisa de campo, mas isso não foi viável. Para entender melhor os motivos, é preciso descrever de forma sucinta a organização destas unidades e seus processos de trabalho.

A CFVV fica localizada fora do espaço físico da Fiocruz, no bairro de Benfica, mas dentro do Complexo de Manguinhos. Tem esse nome em homenagem ao pesquisador Victor Vincent Valla da ENSP/Fiocruz, falecido no ano de 2009, que teve marcante atuação no campo da educação popular em saúde. Funciona de 2ª à 6ª feira de 8h às 20h e aos sábados pela manhã. A CFVV é montada numa espécie de container e a parte externa possui uma ligação direta com a UPA-Manguinhos. O espaço interno não é muito amplo, mas é bem organizado. Só na parte da manhã é que fica mais tumultuado por ser horário de coleta de exames, daí o ambiente fica bastante cheio. As estações de trabalho dos ACS contam com uma cadeira e um computador. De frente para cada estação ficam dispostas em forma de um

quadrado fechado as cadeiras de espera. Em cada espaço deste ficam no máximo os usuários de duas equipes de ESF. Nas paredes há algumas menções ao pesquisador Victor Valla, como frases e fotografias. Numa parede próxima à farmácia há um cartaz da Ouvidoria da prefeitura RJ. Noutro extremo em um grande quadro de acrílico bem organizado chamou atenção este ter gravado em sua parte superior, na seguinte ordem: a logomarca Saúde Presente (prefeitura RJ), da prefeitura RJ, da ENSP, do castelo da Fiocruz e do SUS. Em outro quadro localizado em uma parede de frente para este primeiro, havia a distribuição de todas as equipes daquela unidade por área e microárea com nome do médico, técnico e enfermeiro, dos ACS e com a agenda semanal de tarefas. Neste quadro constava também a informação de contato com cada equipe por e-mail. Havia o registro dos dias em que estão atuando na clínica, dos dias em que estão em visita domiciliar ou em que estão conduzindo grupos de apoio, o que remete a um tom maior de transparência. Outra observação é que por todos os dias em que a pesquisa foi transcorrida na CFVV a TV da sala de espera sempre se encontrava desligada. Os pacientes para consulta são avisados pelo ACS que devem adentrar na sala do médico, por uma comunicação *online* entre o médico e o agente. Só na coleta é que fica uma pessoa responsável pela chamada gritando bem alto o número que deve ingressar no laboratório. Finalmente, há na mesa onde o segurança fica o tempo todo sentado, um livro encadernado com a logomarca da prefeitura RJ destinado ao registro de críticas e sugestões. Durante todos os dias em que a pesquisa ocorreu naquele espaço, este livro permaneceu por lá sem ser utilizado por nenhum usuário.

Com relação ao processo de trabalho: o cidadão ao chegar à unidade retira logo na entrada uma senha de acordo com a localidade em que reside > após isso ele aguarda ser chamado por sua senha pelo ACS > o cidadão explica para o ACS o que lhe trouxe à clínica. Então ele pode ser orientado a ir para a Classificação de Risco para naquele momento ingressar como uma demanda espontânea (eles trabalham com o sistema de porta aberta) > de outro modo ele pode ser orientado a aguardar pela consulta ou exame pré-agendado para aquela data > se o cidadão não se encaixar em nenhuma destas situações ele é orientado a retornar na 6ªfeira para marcar sua consulta. Nesta equipe a marcação de consulta ocorre todas as 6ªs feiras. Quando o usuário não é morador do entorno, algo comum de ocorrer por conta da proximidade física com a UPA-Manguinhos, ele é orientado a seguir para a unidade de saúde mais próxima de sua região. Os profissionais desta unidade foram unânimes em dizer que a proximidade com a UPA mais atrapalha do que auxilia, já que esta unidade tem por hábito encaminhar diversos pacientes em situação de emergência para serem atendidos na

CFVV. Foi relatado que a falta de profissional médico é uma constante na UPA-Manguinhos, o que corrobora com as informações contidas nas atas de reunião do CGI.

O CSE-Manguinhos está lotado no espaço físico do CSEGSF/ENSP/Fiocruz, funciona de 2ª à 6ª feira de 8h às 17h da tarde e não abre aos sábados. O ambiente é bastante amplo, sem paredes divisórias, com parte de seu espaço dando acesso a um pátio localizado a céu aberto. Há um salão de espera, com diversas cadeiras dispostas em fileiras organizadas de frente para os vários blocos de atendimento, em que se localizam as salas de atendimento médico/enfermagem, o posto de pesagem e a técnica de enfermagem de cada equipe de ESF que atua ali. No bloco em que está alocada a equipe de ESF que participou desta pesquisa há mais uma outra equipe de ESF dividindo o espaço físico. Por toda a extensão onde há parede, há um mural de cortiça com um ou outro cartaz relacionado ao tema da saúde, mas a maior parte deste estava vazia de informações. Há uma TV não muito grande que fica ligada o tempo todo, alternando entre a TV Globo e a TV Record. Há também uma caixa de comunicação e um quadro de acrílico da Ouvidoria Fiocruz com cartaz e folder. Os ACS circulam entre a parte interna dos blocos de atendimento e o salão, onde cada um tem uma estação de trabalho composta por computador e cadeira. Os usuários das localidades atendidas no CSE-Manguinhos ficam misturados dentro deste grande salão, e são chamados para atendimento ao terem seus nomes gritados pelo técnico de enfermagem ou médico.

Com relação ao processo de trabalho: o cidadão ao chegar ao posto passa pelo acolhimento – “Posso ajudar” – localizado na entrada do CSEGSF/ENSP/Fiocruz > retira uma senha em um terminal localizado na sala de espera, de acordo com a localidade em que reside, e aguarda o ACS chamar para orientar qual será a conduta > o cidadão fica aguardando a consulta com o profissional na sala de espera > se ele for consultado deverá ser chamado para o preparo com a técnica: pesar, medir a pressão e sinais vitais > retorna novamente para a sala de espera onde aguarda para ser atendido pelo médico, enfermeiro ou dentista. Na equipe de ESF que participou da pesquisa a capacidade de atendimento/dia por profissional é de oito pacientes para o médico, seis pacientes para o enfermeiro e duas vagas de demanda espontânea. Eles trabalham com o critério de Classificação de Risco conforme preconizado pelo MS, mas no CSE-Manguinhos não é porta aberta, desta forma, há um limite para o atendimento de demanda espontânea.

Abaixo a tabela 2 consolida os resultados dos formulários de perguntas aplicados junto aos usuários da CFVV e do CSE-Manguinhos. Na CFVV os ACS contribuíram de forma unânime para a aplicação deste instrumento, o que facilitou muito o trabalho do pesquisador no tocante ao acesso aos usuários desta clínica, pois para estes a participação em uma

pesquisa não parecia ser algo tão familiar. A interpelação direta do pesquisador aos usuários foi praticamente nula, já que os ACS sempre perguntavam a eles se poderiam participar de uma pesquisa enquanto aguardavam atendimento. Muitos usuários demonstraram não sentirem-se mais integrados à Fiocruz, questão também apontada de forma generalizada pelos profissionais da equipe de ESF desta unidade participante da pesquisa. Estes afirmaram inclusive, que dificilmente ficam sabendo do que ocorre na instituição, apontando que as informações não chegam à CFVV. No CSE-Manguinhos somente parte dos ACS auxiliou com relação a apontar quais usuários poderiam ser convidados a participar da entrevista. Contudo, como a maior parte das pessoas que frequenta aquele espaço tem ciência de que a Fiocruz é uma instituição de pesquisa, no geral todos foram bastante receptivos à abordagem direta do pesquisador ao serem convidados para participar da pesquisa.

TABELA 2: Resultados dos formulários de perguntas usuários TEIAS-Escola

Perguntas aos USUÁRIOS atendidos na CFVV (comunidade A) e no CSE-Manguinhos (comunidade B)	LOCALIDADES			
	Respostas Comunidade A CFVV		Respostas Comunidade B CSE-Manguinhos	
	% SIM	% NÃO	% SIM	% NÃO
% que conhece o CGI	12%	88%	10%	90%
% que foi a alguma reunião do CGI TEIAS-Escola Manguinhos	-	100%	10%	90%
% que conhece as datas/locais e horários das reuniões do CGI	2%	98%	10%	90%
% que sabe quais temas são colocados em pauta para discussão neste fórum e como eles são escolhidos	-	100%	12%	88%
% que conhece alguém da localidade onde reside que participa do CGI	-	100%	30%	70%
% que conhece a Ouvidoria do SUS, Ouvidoria da AP 3.1 ou a Ouvidoria da Fiocruz	56%	44%	64%	36%
% que já utilizou algum tipo de Ouvidoria	4%	96%	12%	88%
% que considera que o trabalho do CGI e da Ouvidoria pode contribuir com a melhoria dos serviços oferecidos no TEIAS-Escola Manguinhos	94%	6%	90%	10%
% que conhece o Portal TEIAS-Escola Manguinhos	-	100%	2%	98%
% que conhece o Blog Participação Cidadã	4%	96%	2%	98%

% que conhece o Vídeo “Saúde da Família 100% Manguinhos”	2%	98%	12%	88%
% que conhece o Calendário 2012 (distribuído em todos os domicílios)	6%	94%	18%	82%
% que conhece o jornal “Comunidade na Saúde”	36%	64%	40%	60%
% que conhece o Fale Conosco (0800) localizado no CSE-Manguinhos e na CFVV.	-	100%	-	100%

Fonte: Formulários de perguntas preenchidos pelos usuários TEIAS-Escola Manguinhos.
Nota: Dados trabalhados pela autora.

Na tabela 2 com relação ao conhecimento sobre o CGI, as datas, locais, horários e temas inseridos na pauta de reunião para discussão neste espaço, os usuários da CFVV e do CSE-Manguinhos demonstraram um conhecimento muito ínfimo sobre as atividades desenvolvidas neste fórum. Contudo, este resultado é um pouco melhor quando analisamos os resultados do CSE-Manguinhos, o que deve ser por conta da proximidade física com a Fiocruz.

Quanto aos dados que se referem ao % de usuários que já utilizou algum tipo de Ouvidoria, em ambas as localidades pouquíssimos cidadãos-usuários já utilizaram este canal (4% da CFVV e 12% do CSE-Manguinhos). No tocante a este resultado, também é importante mencionar que embora o gráfico 2 (p.95) deste capítulo demonstre que a procura pela Ouvidoria Fiocruz pelos usuários do TEIAS-Escola Manguinhos tenha aumentado ao longo do período analisado, no geral, as ouvidorias existentes no local, parecem estar sendo pouco utilizadas pelos usuários desta iniciativa. Embora seja constatada uma baixa adesão de utilização deste canal, mais da metade dos participantes – 56% da CFVV e 64% do CSE-Manguinhos – afirmou conhecer as ouvidorias (Fiocruz, AP 3.1 e do SUS), existentes no território. Além disso – 94% dos usuários da CFVV e 90% dos usuários do CSE-Manguinhos – consideram que um trabalho conjunto entre o canal de ouvidoria e o CGI pode trazer melhorias para os serviços em geral através da escuta dos cidadãos. O formulário de perguntas não previa atestar se os usuários sabiam qual a atribuição de uma ouvidoria, entretanto, ao

responderem esta pergunta praticamente todos os usuários utilizaram a expressão “já escutei falar disso, mas não sei o que é”[sic].

Outro ponto importante trata da descrição de reações e das falas de alguns usuários com relação ao próprio tema da pesquisa durante a aplicação deste instrumento. No CSE-Manguinhos uma característica peculiar de praticamente todos os participantes que preencheram o formulário de perguntas foi o fato de informarem ser pacientes do CSEGSF/ENSP/Fiocruz desde que nasceram, então, foi comum ao serem perguntados há quanto tempo eram atendidos naquela unidade, o pesquisador ouvir como resposta que isso ocorria há mais de trinta anos e que a Fiocruz sempre tratou deles. Talvez em função disso, nenhum dos usuários participantes tenha mencionado em suas falas ser paciente do CSE-Manguinhos.

No formulário de perguntas havia um espaço para que os participantes expressassem livremente suas opiniões acerca do controle social. Este item foi bastante explorado pelos usuários do CSE-Manguinhos, mas estes aproveitaram para expor sua insatisfação quanto ao que se tornou o atendimento do CSEGSF “de uns tempos para cá” [sic]. Muitos usuários utilizaram este termo, assim, considerei que esta comparação entre antes e depois deveria estar situada após a adoção da ESF como política do atendimento da APS no CSEGSF, antes mesmo da instituição do TEIAS no território. Outra insatisfação unânime foi a falta de médicos especialistas, principalmente Pediatra e Ginecologista, o que foi apontado em algumas reuniões do CGI. Mais um forte desagrado apontado por estes usuários foi com relação ao tempo de espera para as consultas, com queixas universais sobre o fato de ter que aguardar quase um dia inteiro para ser atendido. Os participantes também relacionaram estes problemas com a falta de um interesse da unidade de saúde em querer saber da opinião daquele que utiliza o serviço para melhorá-lo. Uma cidadã que aguardava ser chamada para consulta há bastante tempo pediu que eu explicasse o que faz o conselho e a ouvidoria. Num dado momento, já visivelmente cansada pela espera, se dirigiu a mim e disse:

“Tá vendo como é? Cadê a Ouvidoria?” (CSE-Manguinhos respondente do formulário n°28)

Este tipo de comentário dá o tom do quanto não está claro para muitas pessoas, do papel da ouvidoria e do CGI no território, apesar do reconhecimento da importância dessas instâncias. Um cidadão que já esteve numa reunião do CGI, e que atualmente não participa mais por falta de tempo devido a compromisso de trabalho apontou o seguinte:

“Sinto que falta muita informação para que a população conheça e utilize tanto o CGI quanto a Ouvidoria, esse seu estudo deveria servir pra mostrar isso, as pessoas não se manifestam por desconhecer que esses canais existem” (CSE-Manguinhos respondente do formulário nº25)

Essa questão relacionando o trabalho ou demais ocupações com a indisponibilidade de tempo para ir às reuniões do CGI foi abordada por participantes tanto do CSE-Manguinhos quanto da CFVV, as pessoas utilizaram muito a expressão “eu tô por fora disso” [sic], para explicar que o fato de trabalhar e chegar tarde em casa as deixa de fora e as impede de participar deste rito institucional.

Conforme mencionado, de forma geral, muitos usuários aproveitaram o momento da pesquisa para se queixar do serviço prestado, mas alguns também pontuaram que é preciso melhorar a comunicação entre os pacientes e os profissionais. Uma cidadã (CSE-Manguinhos respondente do formulário nº33) falou sobre a distribuição do “Guia dos Direitos e Compromissos dos Usuários do CSEGSF” (ANEXO B), unidade que no ano de 2012 foi acreditada pelo CBA. Ela disse ter observado que este material fica empilhado na bancada do segurança que fica na porta do posto ou nas mesas de trabalho dos ACS, mas que ninguém estimula a sua distribuição, e como resultante o usuário pensa que aquilo não é destinado a ele, mas sim um material de trabalho do profissional de saúde. Ela falou de campanhas e ações internas muito pontuais, citando como exemplo, o Dia Mundial da Saúde, mas para questões como o tema da pesquisa em tela não vê nenhuma divulgação. Ela apontou que o médico poderia ajudar, mas na prática acha que seria difícil por conta deste profissional ser muito ocupado, entretanto, ponderou que isso poderia ser feito e estimulado pelo ACS. Este posicionamento da cidadã logo remete as ideias preconizadas por Toro (2010), quando este autor explica o papel do reeditor social, um ator fundamental para catalisar e efetivar na prática o processo de mobilização social junto ao público, devido à proximidade com a localidade em que se situa este público.

Por fim, outra cidadã (CSE-Manguinhos respondente do formulário nº46) que conversou longamente sobre a situação do atendimento, apontou sobre o horário do médico, que sempre chega tarde e acaba atrapalhando a rotina de atendimento, apontando que se o processo de trabalho fosse mais organizado daria para atender a todos. Ela ponderou que se o posto inicia o trabalho às 8h porque o médico chega mais de 9h. Observa a necessidade de ter mais vínculo com o profissional, e disse acreditar que isso ainda será uma realidade no local. Adverte que a TV da sala de espera deveria ser mais bem aproveitada já que a Fiocruz é grande uma instituição que realiza pesquisas. Para ilustrar sua fala, esta cidadã dá como sugestão a exibição de vídeo-aula sobre reeducação alimentar, apontando que isso ajudaria na

promoção da saúde, ensinando as pessoas a se prevenirem de diversas doenças, o que se refletiria numa população com menos necessidade de ser atendida no posto. Esta cidadã não foi à única que expressou sua opinião quanto à utilização da TV na sala de espera. Em continuidade, ela acha que a Fiocruz por ser uma instituição federal tem muitos recursos, mas o atendimento a população ainda é deficiente. Com relação à divulgação do controle social, dos conselhos e da ouvidoria, para ela, somente colar uma informação no mural não é suficiente. Citou o seguinte exemplo:

“se uma mãe com um monte de filhos que vem no posto, e for uma mulher sem condições de parar pra prestar atenção no que está pregado no mural, a abordagem junto a ela tem que ser outra, você não concorda? Mas não se pensa nisso, os usuários não são convocados a participar disso, você entende?” (CSE-Manguinhos respondente do formulário nº46).

Este trabalho não teve como objetivo analisar o conteúdo das falas e diálogos dos participantes que responderam o formulário de pesquisa, contudo, considerou-se válido expor nesta seção alguns posicionamentos dos usuários com relação ao tema da pesquisa. Minayo (2010) aponta que para as Ciências Sociais, as representações sociais enquanto conceito “são definidas como categorias de pensamento, de ação e de sentimento que expressam a realidade, explicam-na, justificando-a ou questionando-a” (Minayo, 2010, p.219). Desta forma, os trechos das observações dos usuários reforçam que eles têm interesse em participar da organização e avaliação dos serviços. Entretanto, como em muitas realidades o exercício do controle social não está disseminado na prática cotidiana dos serviços, os gestores das instituições devem se atentar ao modo sobre como operar isso, levando em consideração os contextos e as diversidades locais. No caso do TEIAS-Escola Manguinhos isso é algo bem visível nas salas de espera das suas unidades de atendimento, pela diversidade do público atendido quanto a idade e a escolaridade e as condições de vida em geral. Muitos usuários do CSE-Manguinhos questionaram o papel da Fiocruz junto a população de Manguinhos, demonstrando serem sabedores de que esta é uma instituição federal de ensino e pesquisa, e por isso, apontando que os serviços aqui ofertados deveriam ter uma qualidade superior àqueles ofertados pela rede de saúde em geral. As pessoas tocaram muito neste aspecto. Os usuários da CFVV utilizaram muito pouco o espaço da pergunta em aberto no formulário, mas um especificamente realizou um comentário a respeito da realização da pesquisa, que considerei ser interessante ser inserido para finalizar esta seção do trabalho. Ele apontou o seguinte com relação à participação em geral em atividades desta natureza:

“Mas vem cá, qual o benefício dessa tua pesquisa pros usuários? Tem que ter algum benefício pra gente, por que a Fiocruz é uma instituição grande, que tá aí...” (CFVV respondente do formulário nº26)

A partir deste ponto será apresentado o resultado do preenchimento do formulário de perguntas pelos trabalhadores. Em ambas as equipes de ESF, os próprios trabalhadores preencheram o instrumento. Com relação aos trabalhadores da comunidade A, cuja equipe de ESF está alocada na CFVV, dentre todos os profissionais – médico da equipe, enfermeiro, técnico de enfermagem e três agentes comunitários de saúde – que preencheram o formulário de perguntas, todos afirmaram saber da existência do CGI, porém, nenhum deles nunca frequentou nenhuma reunião deste fórum. Quanto ao conhecimento das datas/locais/horários das reuniões do CGI, um ACS informou saber através de um aviso em um mural da unidade e outro ACS já ouviu comentários a respeito. Quanto aos temas que são colocados em pauta para discussão no CGI e como eles são escolhidos, nenhum dos profissionais soube quais são estes, entretanto, a técnica de enfermagem apontou no formulário crer que as discussões realizadas devem girar em torno de melhorias no atendimento da população coberta pelo TEIAS. Quanto ao conhecimento sobre se há na equipe de ESF algum membro no CGI, a médica da equipe apontou saber que o preceptor é membro deste fórum e a enfermeira relatou saber que a gerência da CFVV faz parte do CGI.

Com relação ao conhecimento da Ouvidoria do SUS, da AP 3.1 e da Fiocruz, uma ACS e a enfermeira disseram desconhecer estes canais, a médica informou conhecer a do SUS e a da prefeitura RJ, uma ACS conhece somente a do SUS e a técnica de enfermagem relatou conhecer a do SUS e da Fiocruz. Um ACS informou já ter ouvido falar deste canal. Com relação àqueles que já utilizaram algum tipo de ouvidoria, uma ACS apontou nunca ter utilizado e considerou não acreditar que este canal sirva para algo. Os demais profissionais da equipe nunca utilizaram este canal. Quando perguntados se consideram que o trabalho do CGI e da Ouvidoria pode contribuir com a melhoria dos serviços oferecidos no TEIAS-Escola, dois ACS e a enfermeira consideraram que sim, uma ACS disse que não sabe e a técnica de enfermagem disse que sim, mas somente se não for utilizado para benefício próprio. A médica considera que pode contribuir muito, mas que ambos precisam de uma melhor divulgação.

Com relação ao vídeo “Saúde da Família 100% Manguinhos” somente o médico, o enfermeiro e um ACS da equipe conhecem este material. Com relação ao calendário 2012, somente a enfermeira da equipe conhece este material. Finalmente, com relação ao conhecimento dos profissionais sobre o “Portal TEIAS-Escola Manguinhos”, o “Blog Participação Cidadã”, o jornal “Comunidade na Saúde” e o Fale Conosco (0800) localizado

no na CFVV, todos os profissionais informaram não ter conhecimento destas ferramentas de comunicação. Conforme já mencionado, o formulário de perguntas contava com um espaço para comentários adicionais, neste a médica da equipe considerou que os mecanismos de controle social seriam mais úteis se fossem mais bem divulgados e explorados. Esta profissional também ressaltou que o CGI parece ser um ótimo fórum de CS, porém, é mal explorado pela área da saúde da CFVV. A técnica de enfermagem aproveitou para apontar neste espaço do formulário um problema sistêmico em territórios como o de Manguinhos. A profissional colocou que seria muito importante se houvesse um local que oferecesse emprego (banco de emprego) dentro da comunidade, mas que fosse gerenciado por membros que não pertencessem à comunidade, para evitar a corrupção e uma distribuição de vagas de forma mais isonômica. Crê que isso serviria como rede de apoio e melhoraria o trabalho dos profissionais, pois há famílias que não possuem renda alguma, o que dificulta o trabalho das equipes de ESF.

Com relação aos trabalhadores da comunidade B, que atuam no CSE-Manguinhos, alocado no espaço físico do CSEGSF, dentre todos os profissionais – médico da equipe, enfermeiro e três agentes comunitários de saúde – que preencheram o formulário de perguntas, somente o médico da equipe não conhece o CGI, todos os demais profissionais sabem da existência deste fórum, entretanto, somente dois ACS afirmaram já ter ido a alguma reunião do mesmo. A enfermeira apontou que às 6^{as} feiras pela manhã, quando ocorrem as reuniões do CGI, ela não pode ir devido a agenda de pacientes. Quanto ao conhecimento das datas/locais/horários das reuniões do CGI, dois ACS disseram saber dessa informação, o médico e uma ACS disseram não saber e a enfermeira disse que sabe por conta de uma ACS da equipe que é membro do CGI. Quanto aos temas que são colocados em pauta para discussão no CGI e como eles são escolhidos, somente a enfermeira e uma ACS apontaram ter algum conhecimento destes. Quanto ao conhecimento sobre se há na equipe de ESF algum membro no CGI, todos foram unânimes ao responder ter conhecimento de que há na equipe uma ACS que é conselheira.

Com relação ao conhecimento da Ouvidoria do SUS, da AP 3.1 e da Fiocruz, uma ACS, a médica e a enfermeira disseram conhecer todas elas. Duas ACS apontaram conhecer a Ouvidoria do SUS e da Fiocruz. Com relação àqueles que já utilizaram algum tipo de ouvidoria, a enfermeira disse que já utilizou enquanto respondente de demandas dos usuários, uma ACS informou já ter utilizado este canal e os demais membros da equipe responderam que não. Quando perguntados se consideram que o trabalho do CGI e da Ouvidoria pode contribuir com a melhoria dos serviços oferecidos no TEIAS-Escola, todos da equipe

consideraram que sim e a enfermeira apontou que isso qualifica, direciona e dá um feedback do trabalho. Com relação ao conhecimento dos profissionais sobre o “Portal TEIAS-Escola Manguinhos” todos da equipe apontaram conhecê-lo.

Com relação ao “Blog Participação Cidadã”, somente dois ACS afirmaram conhecê-lo. Com relação ao vídeo “Saúde da Família 100% Manguinhos” todos os profissionais conhecem este material, com exceção de uma ACS. Com relação ao calendário 2012, somente o médico da equipe desconhece este material, todos os demais que preencheram o formulário apontaram conhecê-lo. Com relação ao jornal “Comunidade na Saúde” somente um ACS e o enfermeiro afirmaram conhecer este material. Finalmente, com relação ao Fale Conosco (0800) localizado no CSE-Manguinhos, somente duas ACS apontaram não conhecer este instrumento. No espaço do formulário para comentários adicionais, a enfermeira ressaltou que o exercício do controle social está no caminho por conta das próprias diretrizes da ESF. Nesta equipe a técnica de enfermagem, se recusou a participar da pesquisa em tela, mesmo a pedido da enfermeira, que ressaltou a importância da sua participação.

Considerando o CGI e a Ouvidoria como espaços públicos em que o exercício da cidadania e do posicionamento democrático se materializa em forma de ação, é importante também deixar claro que estes espaços não podem ser utilizados como uma busca de satisfação dos interesses privados no domínio público, algo tão danoso quanto a pretensão dos governos de controlar a vida privada dos cidadãos (Correia,2007 & Arendt,2010). Tomando ambos os fóruns como espaços de troca e diálogo, mas também de lutas e interesses, assim como, de construção de capital social, é preciso ter cuidado para que eles não se desvirtuem para a construção de um capital social negativo. Matos (2009) em seu livro que trata sobre a formação do capital social e as articulações possíveis com o processo comunicativo faz uma distinção entre o capital social positivo e negativo. A autora aponta que o capital funciona de forma positiva quando suas consequências implicam a democracia, a tolerância, a igualdade e a vida comunitária, porém quando os indivíduos não possuem condições necessárias e a capacidade de lutar contra as assimetrias, opressões e concentração de poder, acabam corroborando para o funcionamento negativo do capital social (Matos, 2009). Esta autora também coloca que se a população estiver “capacitada e habilitada a pressionar, a barganhar, a negociar e a persuadir, elas poderão limitar os constrangimentos impostos pelos efeitos negativos do capital social” (Matos, 2009, p.162), por isso, os processos de comunicação quando utilizados adequadamente com informações claras e transparentes, cooperam com o empoderamento dos usuários para o exercício do controle social. Para que isso seja possível é preciso ter em mente que a insistência em adotar processos de comunicação centralizadores e

pouco dialógicos, assim como, a perseverança em construir políticas de forma verticalizada, jamais serão capazes de contribuir com este o empoderamento dos cidadãos.

Com relação à informação Oliveira (2008) aponta para o processo prescritivo com que muitas vezes esta é utilizada e replicada. O autor convoca a uma reflexão quanto ao excessivo uso de siglas e termos técnicos, prática excessivamente naturalizada nas unidades de saúde. Durante a pesquisa de campo isso foi atestado pela própria pesquisadora:

Por exemplo, o uso excessivo de siglas, termos técnicos e conceitos abstratos funcionam como verdadeiras barreiras culturais pois dizem respeito a uma reflexão feita fora do contexto comunitário. Por exemplo, quando um agente diz: “a partir de agora vamos deixar de trabalhar com a medicina curativa e mais com a medicina preventiva” está promovendo uma espécie de terrorismo cultural pois a comunidade não consegue absorver facilmente este conceito já que ele foi objeto de reflexão realizada em outro contexto. Para que ele possa ser efetivamente apreendido, deve ser transmitido por uma mediação educativa levando-se em conta os conteúdos culturais existentes na comunidade, isto é, ele tem que ser apreendido criticamente da mesma forma como foi inicialmente produzido.
(OLIVEIRA, 2008, p.9)

Por conta deste tipo de situação é que este trabalho ressalta a matriz comunicacional proposta pelo Modelo Mercado Simbólico, ao passo que este antes de impor às instituições e aos seus usuários essa verticalização “pretende descrever e ajudar a compreender determinadas realidades comunicativas, com vistas a um planejamento estratégico de intervenção nessa realidade” (Araújo, 2002, p.307).

Finalmente, é relevante destacar que o TEIAS-Escola Manguinhos conta com diversos fóruns de controle e de participação social, além do CGI e da Ouvidoria, assim como também, com ferramentas de comunicação (ANEXO B) destinadas a estimular a gestão participativa. Entretanto, no formulário de perguntas, podemos notar não só um baixo conhecimento dos usuários em geral a respeito destes fóruns e destas ferramentas, mas também uma assimetria de conhecimento entre os usuários que são atendidos na CFVV e no CSE-Manguinhos, conforme demonstrado pela tabela 2. O mesmo fenômeno ocorre entre os trabalhadores das equipes de ESF alocadas na CFVV e no CSE-Manguinhos. Dentre todas as ferramentas disponíveis, a que teve um resultado mais abrangente em termos de nível de conhecimento pela população de usuários foi o jornal “Comunidade da Saúde”, conhecido por 36% da comunidade A (CFVV) e por 40% da comunidade B (CSE-Manguinhos). Araújo (2002) em sua tese chama atenção para o seguinte:

Há vários modos de uma instituição se enunciar: relatórios, materiais de divulgação e informativos, documentos, projetos, faixas, pronunciamentos... Nestes textos ela se institui como sujeito social e é através do modo como constrói ali a sua imagem, a de seus interlocutores e a cena social, que ela disputa o poder simbólico. A capacidade de tornar legítimo o que está ali expresso é uma medida do poder. Quando um discurso – conjunto de textos relacionados numa prática – se naturaliza, é bem provável que a comunidade discursiva que o produz e faz circular tenha atingido uma posição favorável na disputa hegemônica.
(ARAÚJO, 2002, P.47)

No tocante às ferramentas de comunicação produzidas pelo TEIAS-Escola Manguinhos, nem mesmo é possível afirmar se elas podem ser consideradas como uma tentativa de expressão de medida de poder ou se o seu conteúdo se constitui em uma prática naturalizada de discurso institucional, neste caso, o da promoção da gestão participativa no território, já que este material, pelos dados apontados na tabela 2, carece de maior visibilidade e circulação junto ao público do território de Manguinhos. Mas de toda forma, essas ferramentas de comunicação expressam um modo da iniciativa TEIAS-Escola Manguinhos se enunciar perante os atores que a compõem.

CAPITULO 5

CONSIDERAÇÕES FINAIS

*Calçada pra favela, avenida pra carro,
Céu pra avião, e pro morro descaso.
Cientista social, Casas Bahia e tragédia,
Gosta de favelado mais que Nutella.*

*Letra da música “Sucrilhos” - Artista:
Criolo*

Um trabalho de pesquisa de campo certamente deixa marcas profundas no pesquisador. Conviver intensamente por dias e horas com usuários e trabalhadores nas salas de espera das unidades de saúde pesquisadas foi uma experiência enriquecedora e reveladora, por isso inicio as considerações finais deste trabalho com a letra da música acima. Peço aos leitores que ela seja entendida como uma provocação positiva para todos nós que resolvemos nos embrenhar pela seara da pesquisa na área das Ciências Sociais. A meu ver, é importante dividir um dos aprendizados obtidos com esta pesquisa, que foi a constatação de que embora possamos contar com o olhar atento do Comitê de Ética em Pesquisa para proteger o “sujeito de pesquisa” contra qualquer exposição inadequada, essa proteção por si só, não é suficiente para lidar com a infinidade de questões envolvidas no trabalho junto a este sujeito.

Isto é por que quando saímos a campo, é muito complicado tratar este outro distanciadamente apenas enquanto um “sujeito de pesquisa”. Inicio esta conclusão chamando atenção para isso, pelo fato de crer que o pesquisador deve refletir muito sobre sua contribuição para o objeto pesquisado. Este ator deve estar continuamente atento à sua prática, assim como também, ao lugar de interlocução que ocupa, sem esquecer de que lá na frente, sua pesquisa jamais deve servir somente para a obtenção de um título ou a elaboração de artigos diversos, a pesquisa de campo deve fundamentalmente almejar a pretensão de agregar melhorias ao objeto pesquisado. Tal afirmação se aplica, principalmente, quando o “sujeito de pesquisa” ou mais adequadamente dizendo, o “participante convidado”, inquire o pesquisador a respeito do objetivo de sua pesquisa e dos ganhos positivos que ela deverá trazer para o cotidiano do serviço que utiliza que, no caso deste trabalho, se refere à iniciativa TEIAS-Escola Manguinhos. Isso ocorreu durante a pesquisa de campo realizada, por isso reforço a necessidade de iniciar esta seção com essas considerações, pois ficou muito marcado que os moradores do Complexo de Manguinhos já estão exauridos de participar de uma pesquisa

atrás da outra, sem conseguir enxergar os benefícios de seus resultados. Na ocasião da pesquisa de campo pude notar que cada vez menos os cidadãos-usuários estão dispostos a ser tratados como sujeitos de pesquisa, e como a Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) é uma instituição de referência em pesquisa, esta fala não foi somente com relação ao trabalho em tela, aplicando-se também às demais pesquisas que frequentemente os usuários desta instituição são cativados a participar.

Os participantes, primordialmente aqueles formados pelos cidadãos-usuários dos serviços que concordaram em participar, sempre procuravam lembrar, através de suas falas, que gostariam de visualizar os resultados da pesquisa traduzidos materialmente em práticas institucionais que apontassem melhorias nos serviços que utilizam. Conforme mencionado nos resultados deste trabalho, a pergunta em aberto do formulário de perguntas abriu espaço para que os cidadãos-usuários expusessem sua percepção a respeito do controle social, e estes aproveitaram para fazer diversas considerações, demonstrando sua insatisfação não só a respeito do serviço que vem sendo prestado, como também, a falta de incentivo à prática do controle social no território de forma mais espraçada.

A temática formada pela comunicação e a informação, associada ao exercício do controle e da participação social no território, mobilizou intensamente os participantes, e os registros realizados no diário de campo desta pesquisa podem demonstrar isso na prática. Contudo, por motivos éticos o material do diário de campo praticamente não pôde ser utilizado no trabalho em tela. A análise sobre como as informações acerca do controle e da participação social circularam pelos atores que compõem a iniciativa TEIAS-Escola Manguinhos e o entendimento a respeito da forma com que estas informações são apreendidas por estes, auxiliou a compreender a visibilidade que a prática do controle e da participação social tem no âmbito deste projeto. Esta análise também auxiliou a entender de que forma os atores tem se mobilizado em prol da garantia do direito à saúde e à qualidade do atendimento nos espaços pesquisados. A oportunidade de analisar de que maneira a comunicação e a informação contribuíram para dar eco às ações e atividades desempenhadas pelas instâncias de gestão participativa disponíveis no território de Manguinhos, faz acreditar que a utilização de forma adequada e eficiente das ferramentas de comunicação poderia espraizar essa participação e proporcionar uma interação mais dialógica com os espaços de participação e controle social disponíveis do TEIAS-Escola Manguinhos.

Com relação ao objetivo de pesquisa proposto, qual seja “analisar os processos de comunicação utilizados no Território Integrado de Atenção à Saúde - TEIAS-Escola Manguinhos para ampliar a gestão participativa e o controle social no território”, este foi

adequadamente atendido pelas técnicas de pesquisa utilizadas. Os resultados apresentados serviram para demonstrar que embora haja um significativo investimento na criação de diversas ferramentas de comunicação para ampliar a gestão participativa no território, o público a qual se destina este material não o encontra facilmente à sua disposição, no decorrer de sua experiência cotidiana, seja como usuário ou como trabalhador dos serviços assistenciais. A impressão é de que este material não circula devidamente onde deveria ou se propôs a circular, de acordo com o que deve ter sido previsto no momento de seu planejamento. Contudo isto não deve ser um apontamento conclusivo, pois outros trabalhos de pesquisa mais focados neste aspecto podem vir a contribuir com este dado. Do mesmo modo, não há como afirmar conclusivamente que existem carências comunicacionais e informacionais no TEIAS-Escola Manguinhos, sendo importante reiterar que esta iniciativa dispõe de diversas ferramentas de comunicação que poderiam ter sua utilização de maneira mais potencializada pelo território.

No tocante às hipóteses de pesquisa propostas, a primeira formulada para este trabalho: “os atores que compõem o TEIAS-Escola Manguinhos utilizaram pouco os mecanismos de controle social (CGI, Ouvidoria Fiocruz e Ouvidoria AP 3.1), nos dois primeiros anos dessa iniciativa, por não considerarem que a interferência destes mecanismos possa ajudar a solucionar os problemas de atendimento à saúde no território”, pode ser rechaçada, pois o público participante, à exceção somente dos próprios membros do CGI, demonstrou um conhecimento bastante aquém do esperado destes mecanismos. No tocante ao canal de Ouvidoria não é possível afirmar que a incipiente utilização desta instância foi devido à falta de credibilidade na sua atuação. Com relação ao CGI, a baixa adesão a este fórum pode ser pela falta de conhecimento da existência deste espaço. Talvez caiba a estes espaços algum tipo de trabalho de sensibilização junto aos usuários e trabalhadores do TEIAS-Escola Manguinhos, para que estes conheçam o papel da Ouvidoria e do CGI, assim como, os seus limites e alcance de atuação. Somente assim poderá ser atestado em que medida estes espaços podem favorecer ou não a efetividade da participação e o controle social no território de Manguinhos. De toda forma, o conhecimento deficitário pelos usuários e trabalhadores, a respeito do trabalho e das atribuições dos espaços destinados à prática do controle e da participação social pode prejudicar a elaboração de ações mobilização social em prol da gestão participativa no território.

Quanto à segunda hipótese formulada: “os processos de comunicação utilizados pelos gestores do TEIAS-Escola Manguinhos foram insuficientes para difundir informações acerca do projeto e estimular a participação social pelos atores que compõem essa iniciativa”, pode

ser considerada como bastante plausível, pois existe de fato um variado leque de ferramentas de comunicação destinadas a estimular a gestão participativa, entretanto, este material não está facilmente acessível aos usuários e trabalhadores do serviço. Isso pode ser tributado ao fato dos processos de comunicação utilizados para circulação destas ferramentas parecerem reiterar o modelo de comunicação desenvolvimentista, atuando de forma centralizada, verticalizada e pouco dialógica com o público em geral. Desta forma, o atual estado da arte do processo comunicacional adotado pelo TEIAS-Escola Manguinhos se distancia do modelo de comunicação apresentando neste trabalho – Modelo Mercado Simbólico – a medida que reproduz práticas pouco inclusivas e polarizadas. Mas isso é algo que pode ser trabalhado em conjunto pela gestão, a área de comunicação e os atores que compõem essa iniciativa.

Em virtude destes apontamentos e por conta da Fiocruz ser uma instituição que discursivamente incentiva os processos de gestão participativa, o apoio de seus gestores para modificar este atual estado da arte sobre a prática do controle e da participação social no território de Manguinhos é fundamental. A demonstração de como um dos princípios basilares do SUS – participação e controle social – está sendo exercitado na iniciativa TEIAS-Escola Manguinhos, procura lançar luz para que o estímulo à sua prática se origine na base dos serviços assistenciais para se tornar efetivo. A iniciativa TEIAS-Escola Manguinhos conta com diversos espaços para o exercício da gestão participativa, e isso não pode estar distante dos trabalhadores e usuários dos serviços que vivenciam a realidade material do sistema. A Fiocruz enquanto apoiadora e gestora da iniciativa TEIAS-Escola Manguinhos deve estar atenta para isso, pois isso também é uma maneira contribuir com a gestão do SUS, um dos focos de sua missão institucional.

Devido a atenção primária ser um dos maiores desafios em termos de saúde pública no Rio de Janeiro e pelo território de Manguinhos ser marcado por questões que envolvem desde a extrema pobreza até graves episódios de violência, o estímulo à participação social e à consciência cidadã em prol da justiça social é fundamental. A adesão mais ampliada aos mecanismos de controle e participação social poderia auxiliar na organização da discussão sobre questões que geram impacto no coletivo, por isso é importante estimular que os atores que fazem parte da iniciativa TEIAS-Escola Manguinhos tenham mais protagonismo no território onde vivem para que seus interesses possam ser efetivamente garantidos pelo Estado. No tocante aos espaços de controle e participação social disponibilizados nesta iniciativa, acreditamos que colocar ao alcance de todos os usuários e trabalhadores dos serviços informações a respeito do funcionamento, da dinâmica e do papel destes, é importante para que estes indivíduos possam ter o poder de decidir quanto à sua participação

nos mesmos. A partir disso, será possível reunir elementos mais concretos para refletir sobre os limites de atuação e o alcance dos mecanismos de gestão participativa no território. No caso do TEIAS-Escola Manguinhos, a baixa adesão participativa nos espaços de controle social dificulta a mobilização da população, e estes são espaços que também poderiam auxiliar estes atores a obter com mais clareza informações sobre seus direitos com relação ao atendimento em saúde.

Considerando que os resultados desta pesquisa levaram ao entendimento sobre como vem funcionando a relação entre os usuários e trabalhadores dos serviços com os canais disponíveis na iniciativa TEIAS-Escola Manguinhos para o controle e a participação social, e de que maneira as ferramentas de informação e comunicação foram utilizadas para estimular e organizar o debate sobre a saúde pública e a mobilização social neste projeto, é preciso chamar atenção para o processo de comunicação que vem sendo adotado. É fundamental uma reflexão sobre os benefícios de utilização de processos de comunicação mais dialógicos e ajustados à realidade local do território. Isso pode ser entendido como uma mudança de postura do ato de compreender a comunicação, o que auxiliaria a promover uma adesão maior da população ao movimento de mobilização em prol da gestão participativa, para que as demandas a respeito das diversas vulnerabilidades do território fossem ouvidas e resolvidas pelos órgãos responsáveis. Isso seria como traduzir na prática os princípios de equidade, integralidade e participação social do SUS.

REFERÊNCIAS

ABRAHÃO et.al (org.) **Estratégia Saúde da Família: desafios e novas possibilidades para a Atenção Básica em Saúde**. Rio de Janeiro: Editora UFF; 2012.

ABRUNHOSA, M.A. **A Informação e a Comunicação no Trabalho do Agente Comunitário**. 2011. Dissertação (Mestrado em Informação e Comunicação em Saúde) – Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica, Rio de Janeiro, 2011. Disponível em: <http://arca.icict.fiocruz.br/handle/icict/5514>

ALVES, P.C. et al. A experiência da esquistossomose e os desafios da mobilização comunitária. **Cad.Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 14, s.2, p. 79-90, 1998. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X1998000600007>. Acessado em: 20 mai. 2013.

ANTUNES, L.R. Ouvidorias do SUS no processo de participação social em saúde. **Saúde Coletiva On-line**, v.5, n.26, p.238-241. 2008. Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=84202604>. Acesso em: 22 fev. 2014.

ARAÚJO, I.S. Ligações estratégicas: comunicação, políticas públicas e intervenção social. In: PAIVA, R. (Org.) **Estratégias e culturas da comunicação**. Brasília: UNB, 2002. p. 211-225

ARAÚJO, I.S. Mercado Simbólico: interlocução, luta, poder - um modelo de comunicação para políticas públicas. 2002. Tese (Doutorado) - Escola de Comunicação, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2002.

ARAÚJO, I.S.; CARDOSO, J.M. **Comunicação e Saúde**. Rio de Janeiro, RJ: Fiocruz, 2007.

ARAÚJO, I.S.; CARDOSO, J.M.; MURTINHO, R. A comunicação no sistema único de saúde: cenários e tendências. **Revista Latinoamericana de Ciencias de la Comunicación**, Brasil, 2011. n.10 (6). Disponível em: <http://www.alaic.net/revistaalaic/index.php/alaic/article/view/88>. Acesso em: 20 mai.2013

ARAÚJO, I.S.; OLIVEIRA, V. Comunicação e Mediações em Saúde: Um olhar a partir do Programa de Pós-Graduação em Informação e Comunicação em Saúde (ICICT/Fiocruz) - DOI: 10.3395/reciis.v6i3.584pt. **RECIIS**, Brasil, 6, sep. 2012. Disponível em: <http://www.reciiis.cict.fiocruz.br/index.php/reciis/article/view/584>. Acesso em: 22 mai. 2013.

ARENDT, H. **A condição Humana**. 11ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2010.

ASSIS, M.M.A.; VILLA, T.C.S. O controle social e a democratização da informação: um processo em construção. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 11, n. 3, June 2003. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692003000300017> Acesso em: 20 mai. 2013.

BATISTA, A.A. et al. A contribuição da pesquisa avaliação para o processo de implementação do controle social no SUS. **Saude soc.**, São Paulo, v. 19, n. 4, Dec. 2010. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902010000400006>. Acesso em: 20 mai. 2013.

BISPO JUNIOR, J.P.; GERSCHMAN, S. Potencial participativo e função deliberativa: um debate sobre a ampliação da democracia por meio dos conselhos de saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, Jan. 2013. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232013000100002>. Acesso em: 20 mai. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **8ª Conferência Nacional de Saúde**, Brasília, DF:1986.

BRASIL. Ministério da Saúde. **9ª Conferência Nacional de Saúde**, Brasília, DF:1992.

BRASIL. Ministério da Saúde. **10ª Conferência Nacional de Saúde**, Brasília, DF:1998.

BRASIL. Ministério da Saúde. **11ª Conferência Nacional de Saúde: o Brasil falando como quer ser tratado: efetivando o SUS: acesso, qualidade e humanização na atenção à saúde com controle social**, Brasília, DF: 2000. (Série D. Reuniões e Conferências;n. 16).

BRASIL. Ministério da Saúde. **12ª Conferência Nacional de Saúde: Conferência Sergio Arouca**, Brasília, DF: 2003. (Série D. Reuniões e Conferências).

BRASIL. Ministério da Saúde. **13ª Conferência Nacional de Saúde: Saúde e Qualidade de vida: políticas de estado e desenvolvimento Conselho Nacional de Saúde**, Brasília, DF: 2008. (Série C. Projetos, Programas e Relatórios).

BRASIL. Ministério da Saúde. **14ª Conferência Nacional de Saúde: Todos Usam o SUS. SUS na Seguridade Social – Política Pública, Patrimônio do Povo Brasileiro**, Brasília, DF: 2012. (Série C. Projetos, Programas e Relatórios).

BRASIL. Ministério da Saúde. **Reorganizando o SUS no Município do Rio de Janeiro**. Brasília, DF: 2005. (Série D. Reuniões e Conferências) (Série Cadernos Metropolitanos)

BRASIL. Ministério da Saúde. **Coletânea de comunicação e informação em saúde para o exercício do controle social**. 2.ed. Brasília, DF: 2007. (Série F. Comunicação e educação em Saúde).

BRASIL. Ministério da Saúde. **Redes regionalizadas e Territórios Integrados de Atenção à Saúde – TEIAS: A Estratégia: pressupostos, componentes e diretrizes** (Proposta do documento para debate). Brasília, DF: 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. **O SUS de A a Z: garantindo saúde nos municípios**. 3. ed. Brasília, DF: 2009. (Série F. Comunicação e educação em saúde).

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa no SUS – Participasus**. 2. ed. Brasília, DF: 2009. (Série B. Textos Básicos de Saúde).

BRASIL. Instituto de Pesquisa Econômica e Aplicada. **Série Eixos Estratégicos do Desenvolvimento Brasileiro: Fortalecimento do Estado, das Instituições e da Democracia**. Livro 9 - Brasília: Ipea, 2010. v.2 p. 211-229.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Mais Saúde: direito de todos: 2008-2011**. 5.ed. Brasília, DF: 2010. (Série C. Projetos, Programas e Relatórios).

BRASIL. Ministério da Saúde. **Carta dos direitos dos usuários da saúde**. 3.ed. Brasília, DF: 2011. (Série E. Legislação de Saúde).

BRASIL. Ministério da Saúde. **Oficina do Sistema Nacional de Ouvidorias do SUS**. Brasília, DF: 2011.

BRASIL. Controladoria Geral da União. **Orientações para implantação de unidade de Ouvidoria**. 5.ed. Brasília, DF: 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Informação e Informática em Saúde (CIINFO)**. Brasília, DF: 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Guia de orientações básicas para implantação de ouvidorias do SUS**.1.ed. Brasília,DF: 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Resolução nº453 Conselho Nacional de Saúde, 10 de Maio de 2012, Brasília, DF: 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011, Brasília, DF. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/ato2011-2014/2011/decreto/D7508.htm

CENTRO DE EDUCAÇÃO E ACESSORAMENTO POPULAR. Pacto pela saúde: possibilidade ou realidade? 2. ed. Passo Fundo, RS. 2009.

BOURDIEU, P. **O poder Simbólico**. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2010.

CARDOSO, A.S; NASCIMENTO, M.C. Comunicação no Programa Saúde da Família: o agente de saúde como elo integrador entre a equipe e a comunidade. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, jul. 2010. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232010000700063>. Acesso em: 19 jan. 2014.

CARDOSO, J.M. Comunicação e Saúde: para fortalecer o SUS, ampliar a participação e o controle social. In: BRASIL, Ministério da Saúde. **Coletânea de comunicação e informação em saúde para o exercício do controle social**. Brasília, DF: 2006. p.45-56.

CARVALHO, H.T. **Conselhos de Saúde e Práticas de Comunicação: Ação Pelo Controle Público e Invisibilidade Social**. 1996. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Rio de Janeiro, 1996. Disponível em: <http://arca.icict.fiocruz.br/handle/icict/4963>

CAVALCANTI, M.L.T.; CABRAL, M.H.P.; ANTUNES, L.R. Participação em saúde: uma sistematização de artigos publicados em periódicos brasileiros - 1988/2005. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 7, jul. 2012. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232012000700020>. Acesso em: 20 mai. 2013.

CONTROLE SOCIAL. In: DICIONÁRIO de Educação Profissional em Saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008. Disponível em: <http://www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/>. Acesso em: 22 mai. 2013.

CONTROLE SOCIAL. In: DICIONÁRIO de política. Brasília: Editora UNB, 1998. Disponível em: http://www.pgcsiamspe.org/Mario_Porto/02-DicionarioDePolitica.pdf.pdf. Acesso em: 22 mai. 2013.

CORREIA, A. **Hannah Arendt**. Rio de Janeiro, RJ: Zahar, 2007.

CORREA, G.T.; RIBEIRO, V.M.B. Dialogando com Bakhtin: algumas contribuições para a compreensão das interações verbais no campo da saúde. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 16, n.41, June 2012. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832012005000023>.

CORTES, S.V. **Participação e Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009.

CORTES, S.M.V. Construindo a possibilidade da participação dos usuários: conselhos e conferências no Sistema Único de Saúde. **Sociologias**, Porto Alegre, n. 7, June 2002. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1517-45222002000100002>. Acesso em: 20 mai. 2013.

CZERESNIA, D. **O Conceito de saúde e a diferença entre prevenção e promoção**. In: Czeresnia, Dina; Freitas, Carlos Machado de. **Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências**. Rio de Janeiro, FIOCRUZ, 2003. p.39-53.

ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA SÉRGIO AROUCA (Brasil). A Gestão Participativa no TEIAS-Escola Manguinhos. **Relatório final**. Rio de Janeiro, 2010.

ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA SÉRGIO AROUCA (Brasil). A experiência do Território Escola Manguinhos na Atenção Primária de Saúde. **Relatório final**. Rio de Janeiro, 2012.

ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA SÉRGIO AROUCA (Brasil). Relatório técnico final da Pesquisa de Satisfação dos Usuários em Três Unidades de Atenção à Saúde da Fundação Oswaldo Cruz. **Relatório final**. Rio de Janeiro, 2008.

SCOREL, S. Efetivar a reforma sanitária por meio da participação social. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.29, n.10, p.1927-1953, 2013. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311XCO021013>. Acesso em: 19 jan. 2014.

FARIA, F.S. **Ouidorias do SUS**: um estudo exploratório em instituições selecionadas no município do Rio de Janeiro. 2007. Dissertação (Mestrado) – Instituto de Estudos em Saúde Coletiva – Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2007.

FAUSTO NETO, A. Mudanças da Medusa? A enunciação midiaticizada e sua incompletude. In: **Midiaticização e processos sociais na América Latina**. GOMES, P.G.; BRAGA, J.L.; FERREIRA, J.; FAUSTO NETO, A. (Orgs). São Paulo: Paulus, 2007.

FREIRE, P. **Extensão ou comunicação?** Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1983.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. Ouvidoria Geral da Fiocruz. **Relatório de Anual da Ouvidoria Fiocruz**: 2010-2012. Rio de Janeiro, 2013.

GIL, A.C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 5ed. São Paulo: Atlas, 2010.

GUIZARDI, F.L. Do controle social à gestão participativa: interrogações sobre a participação política no SUS. **Trab. educ. saúde**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 1, June 2009. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1981-77462009000100002>. Acessado em: 20 mai. 2013.

GUIZARDI, F.L.; PINHEIRO, R. Dilemas culturais, sociais e políticos da participação dos movimentos sociais nos Conselhos de Saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, Sept. 2006. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232006000300027>. Acessado em: 20 mai. 2013.

GUTIERREZ, A.C.; ENGSTRON, E.; CAMPOS, G.W.S. Território Integrado de Atenção à Saúde: a experiência do TEIAS-Escola Manguinhos como um novo modelo de atenção e gestão na garantia do direito à saúde. In: BRASIL. Ministério da Saúde. **Revista Direitos Humanos e Saúde**. Brasília, DF:2011.p.41-50.

GOHN, M.G. **Conselhos Gestores e participação social**. 2.ed. São Paulo: Córtez, 2003.

HENRIQUES, M.S (org.). **Comunicação e estratégias de mobilização social**. Belo Horizonte, MG: Autêntica, 2007.

JÚNIOR, A.F.S. **Ouvidoria no Sistema Único de Saúde: é um espaço de gestão democrática e participativa?**. 2012. Dissertação (Mestrado Profissional em Gestão em Organizações Aprendentes) – Universidade Federal da Paraíba, 2012.

LABRA, M.E. Conselhos de Saúde: dilemas, avanços e desafios: as origens da reforma sanitária e do SUS. In: Lima, N.T.; Gerschman, S.; Edler, F.C.; Suárez, J.M. (Orgs.). **Saúde e Democracia: história e perspectivas do SUS**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. p. 353-383.

MIÉGE, B. **O pensamento Comunicacional**. Petrópolis: Vozes, 2000.

MORITA, I.; GUIMARAES, J.F.C.; DI MUZIO, B.P. A participação de Conselheiros Municipais de Saúde: solução que se transformou em problema?. **Saude soc.**, São Paulo, v. 15, n. 1, Apr. 2006 . Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902006000100006>. Acesso em: 20 mai. 2013.

MYNAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 12ed. São Paulo: Hucitec, 2010.

MORAES, I.H.S. Informação em saúde para o exercício do controle social: a luta pela democratização e qualidade da informação. In: BRASIL, Ministério da Saúde. **Coletânea de comunicação e informação em saúde para o exercício do controle social**. Brasília, DF: 2006.p.17-28.

MORAES, I.H.S.; GOMEZ, M.N.G. Informação e informática em saúde: caleidoscópio contemporâneo da saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 3, June 2007. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232007000300002>. Acessado em: 20 mai. 2013.

OLIVEIRA, V.C. Comunicação, informação e ação social. In: BRASIL. Ministério da Saúde. **Organização do cuidado a partir de problemas: uma alternativa metodológica para a atuação da Equipe de Saúde da Família**. Brasília: OPAS, 2000. p.65-74. Disponível em: <http://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/2187.pdf> Acessado em: 22 mai. 2013.

OLIVEIRA, V.C. Comunicação, informação e participação popular nos Conselhos de Saúde. **Saúde soc.**, São Paulo, v. 13, n. 2, Aug. 2004. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902004000200006>. Acessado em: 20 mai. 2013.

OLIVEIRA, V.C. Desafios e contradições comunicacionais nos conselhos de saúde. In: BRASIL, Ministério da Saúde. **Coletânea de comunicação e informação em saúde para o exercício do controle social**. Brasília, DF: 2006. p.29-44.

OLIVEIRA, V. C. Comunicação e Saúde: Desafios práticos e conceituais. In: SANTOS A. (Org.) **Caderno Mídia e Saúde pública: 20 anos do SUS e 60 anos da Declaração Universal dos Direitos Humanos**. Belo Horizonte: ESP-MG, 2008. p.11-22.

OLIVEIRA, M.L.; ALMEIDA, E.S. Controle social e gestão participativa em saúde pública em unidades de saúde do município de Campo Grande, MS, 1994-2002. **Saude soc.**, São Paulo, v. 18, n. 1, Mar. 2009. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902009000100014>. Acessado em: 20 mai. 2013.

PEREIRA, L.H. A voz do usuário no sistema hospitalar: ouvidorias. **Sociologias**, Porto Alegre, n. 7, June 2002. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1517-45222002000100004>. Acessado em: 20 mai. 2013.

PEREIRA, E.S.P. **O papel da Ouvidoria em um hospital público**: um estudo a partir das manifestações dos usuários do hospital Ophir Loyola. 2011. Dissertação (Mestrado em Desenvolvimento Sustentável do Trópico úmido) – Universidade Federal do Pará, 2011.

NETO, A.F.P. **Conselho de favores**: controle social na saúde: a voz dos seus atores. Rio de Janeiro, RJ: Garamond, 2012.

NETO, A.F.P. A representação dos usuários nos Conselhos de Saúde: uma contribuição para o debate. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 2, June 2012. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312012000200003>. Acessado em: 20 mai. 2013.

PIVETTA, F.; CARVALHO, M.A.P. (orgs.) **O Território de Atenção a Saúde em Manginhos**: somos todos aprendizes. 1.ed. Rio de Janeiro: Rio de Janeiro: Editora ENSP/Fiocruz, 2012.

PITTA, A.M.R. Políticas de comunicação comparadas: comunicação e democracia na saúde em dois municípios em gestão plena. **ECO-PÓS**, Rio de Janeiro, v.10, n.1, p.45-63, 2007.

ROLIM, L.B.; CRUZ, R.S.B.L.C.; SAMPAIO, K.J.A.J. Participação popular e o controle social como diretriz do SUS: uma revisão narrativa. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 37, n. 96, Mar. 2013. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-11042013000100016>. Acessado em: 20 mai. 2013.

SPINETTI, S.R. **Ouvidoria na Saúde nos Três Níveis de Gestão**. 2007. Tese (Doutorado) – Saúde Pública, Universidade de São Paulo, 2007.

SPOSATI, A.; LOBO, E. Controle social e políticas de saúde"Controle Social e Políticas de Saúde". **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 4, Dec. 1992. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X1992000400003>. Acessado em: 20 mai. 2013.

SILVA, A.C. et al. Por um sistema Nacional de Ouvidorias Públicas: possibilidades e obstáculos. *Série Pensando o Direito*. v.42, Brasília:DF, 2012.

SILVA, R.C.C. Possibilidades de atuação das Ouvidorias Públicas de Saúde: um estudo de caso das demandas do Ministério Público em municípios de pequeno porte. **R. Dir. sanit.**, São Paulo, v. 14, n. 1, p. 60-76. 2013.

SILVA, A.X.; CRUZ, E.A.; MELO, V. A importância estratégica da informação em saúde para o exercício do controle social. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 3, June 2007. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232007000300018>. Acessado em: 20 mai. 2013.

SOUZA, C.R.; SOARES, E. Perspectivas dos Enfermeiros no prisma das demandas dos usuários em Ouvidoria, **Rev. enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v.18(3), p.411-416, 2010.

SOUZA, M.F. **Comunicação e democracia nos Conselhos de saúde**: um estudo sobre os processos deliberativos do Conselho municipal de saúde do Rio de Janeiro. 2011. Dissertação (Mestrado em Informação e Comunicação em Saúde) – Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica, Rio de Janeiro, 2011. Disponível em: <http://arca.icict.fiocruz.br/handle/icict/6201>

STOTZ, E.N. Trajetória, limites e desafios do controle social do SUS. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v.30, p. 149-160, 2006.

TATAGIBA, L. Conselhos gestores de políticas públicas e democracia participativa: aprofundando o debate, **Rev. Sociol. Polít.**, Curitiba, 25, p. 209-213, nov. 2005.

TELLES, V. S. Espaço público e espaço privado na constituição do social: notas sobre o pensamento de Hannah Arendt. *Tempo Social*, São Paulo, v. 2, n. 1, 1990.

TORO, B. WERNECK, N.M.D. **Mobilização Social**: Um modo de construir a democracia e a participação. Belo Horizonte, MG: Autêntica, 1996.

TORO, B. **A construção do público**: cidadania, democracia e participação. Rio de Janeiro, RJ: Senac Rio, 2005.

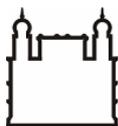
VAN STRALEN, C.J. et al. Conselhos de Saúde: efetividade do controle social em municípios de Goiás e Mato Grosso do Sul. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, Sept. 2006. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232006000300011>. Acessado em: 20 mai. 2013.

VAZQUEZ, M.L. et al. Participação social nos serviços de saúde: concepções dos usuários e líderes comunitários em dois municípios do Nordeste do Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 2, Apr. 2003. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2003000200025>. Acessado em: 20 mai. 2013.

VAZQUEZ, M.L. et al. . Nível de informação da população e utilização dos mecanismos institucionais de participação social em saúde em dois municípios do Nordeste do Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.10, 2005. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232005000500017>. Acessado em: 20 mai. 2013.

VISMONA, E.L., et al. **A Ouvidoria no Brasil**. 1ed. São Paulo:[s.n.],20

ANEXO A



Ministério da Saúde
FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz



ICICT
Instituto de Comunicação e Informação
Científica e Tecnológica em Saúde

Termo de Consentimento Livre e Esclarecimento - TCLE

Convidamos o(a) Sr(a) a participar da pesquisa *Comunicação, informação e controle social: um estudo sobre a utilização dos mecanismos de Controle Social e Gestão Participativa no TEIAS-Escola Manguinhos*. Esta pesquisa é desenvolvida por uma aluna do curso de Mestrado do **Programa de Pós-Graduação em Informação e Comunicação em Saúde – PPGICS/ICICT/Fiocruz**. O objetivo deste estudo é *analisar como os processos de comunicação foram utilizados no TEIAS-Escola Manguinhos no período de 2010-2012 para ampliar o controle social e a gestão participativa no território*. Para saber a sua opinião, faremos uma série de perguntas através deste formulário de perguntas, o que levará por volta de 20 minutos. O questionário será identificado por um número e não pelo seu nome. Sendo assim, o(a) sr(a) pode ficar à vontade para expressar sua opinião, seja ela qual for, pois ninguém fora o pesquisador irá saber que foi o(a) Sr(a) que respondeu a este formulário.

Sabemos que a sua participação é **voluntária** e que o(a) Sr(a) pode se recusar a responder a qualquer pergunta ou se recusar a participar da entrevista em qualquer momento, sem que isso altere em nada o entendimento que o(a) Sr(a) recebe aqui.

Eu (ou foi lido para mim) o TCLE e aceito participar da pesquisa *Comunicação, informação e controle social: um estudo sobre a utilização dos mecanismos de Controle Social e Gestão Participativa no TEIAS-Escola Manguinhos*

Ass.: _____

Eu, membro da equipe de pesquisa *Comunicação, informação e controle social: um estudo sobre a utilização dos mecanismos de Controle Social e Gestão Participativa no TEIAS-Escola Manguinhos*, prestei todas as informações necessárias sobre a pesquisa.

Ass.: _____

Dúvidas em relação a pesquisa entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio – CEP / EPSJV: Avenida Brasil 4365, Manguinhos – Sala 316 da EPSJV – Rio de Janeiro – RJ / CEP: 21040-900 Tel.: (21) 3865-9710. E-mail: cep@epsjv.fiocruz.br
O horário de atendimento ao público do CEP/EPSJV é de 9:00 às 17:00.

Contatos do pesquisador

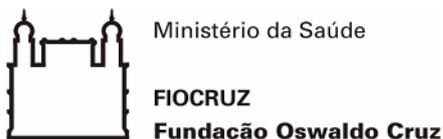
Nome: Marcela Vieira da Silva – Telefone: (21)3885-1761 ou (21)8120-7252 E-mail: marcelavs@fiocruz.br

Rio de Janeiro, ____ de _____ de 2013

Questionário nº

1ª via (usuário)

2ª via (pesquisador)



FORMULÁRIO LARANJA - Perguntas aos usuários – Tempo estimado de aplicação 20 min:

1. 50 usuários da comunidade A (xxx/CFVV) e 50 usuários da comunidade B (xxx/CSE)

OBS.: Os nomes das localidades serão suprimidos no trabalho, para evitar que os participantes do estudo possam de alguma forma ser identificados. A identificação neste questionário é para controle exclusivo do pesquisador.

Considerando que a participação e o controle social são estruturantes para o SUS e para a iniciativa TEIAS-Escola Manguinhos, por favor, responda as questões abaixo:

O senhor(a) é membro do Conselho Gestor Intersectorial TEIAS-Escola Manguinhos: SIM () NÃO ()

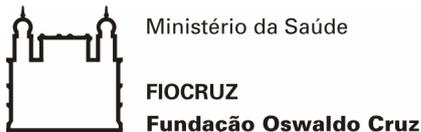
OBS.: Se afirmativo não continuar a aplicação do instrumento.

FORMULÁRIO Nº ()

Há quanto tempo o senhor(a) é atendido nesta unidade?

Em que localidade o senhor(a) reside? xxx/CFVV () xxx/CSE ()

- 1) O senhor(a) conhece o CGI TEIAS-Escola Manguinhos? Já foi a alguma reunião deste fórum?
- 2) O senhor(a) tem conhecimento das datas/locais e horários das reuniões do CGI TEIAS-Escola Manguinhos? Se afirmativo, de que forma?
- 3) O senhor(a) sabe quais temas são colocados em pauta para discussão neste fórum e como eles são escolhidos?
- 4) O senhor(a) conhece alguém da localidade onde reside que participa do CGI TEIAS-Escola Manguinhos?
- 5) O senhor(a) conhece alguma destas ouvidorias:
 - 5.1) Ouvidoria do SUS
 - 5.2) Ouvidoria da AP 3.1
 - 5.3) Ouvidoria da Fiocruz
 - 5.4) Outra. Cite qual:
- 6) O senhor(a) alguma vez já utilizou o canal de ouvidoria? Se afirmativo, qual? Obteve resposta à sua manifestação?
- 7) O senhor(a) considera que o trabalho destas instâncias – CGI e Ouvidoria – pode contribuir com a melhoria dos serviços oferecidos no TEIAS-CES/TEIAS-CFVV?
- 8) O senhor(a) tem ou teve conhecimento de alguma destas ferramentas de comunicação disponíveis no TEIAS-Escola Manguinhos:
 - 8.1) Portal TEIAS-Escola Manguinhos ()
 - 8.2) Blog Participação Cidadã ()
 - 8.3) Vídeo “Saúde da Família 100% Manguinhos” ()
 - 8.4) Calendário 2012 – distribuído em todos os domicílios ()
 - 8.5) Jornal “Comunidade na Saúde” ()
 - 8.6) Fale Conosco (0800) localizado no CSE-Manguinhos e na CFVV ()
- 9) O senhor(a) deseja fazer alguma observação sobre a questão do controle social no TEIAS-Escola Manguinhos?



FORMULÁRIO VERDE – Perguntas aos profissionais – Tempo estimado de aplicação 20 min:

Trabalhadores da comunidade A (xxx/CFVV) e da comunidade B (xxx/CSE)

OBS.: Os nomes das localidades serão suprimidos no trabalho, para evitar que os participantes do estudo possam de alguma forma ser identificados. A identificação neste questionário é para controle exclusivo do pesquisador.

Considerando que a participação e o controle social são estruturantes para o SUS e para a iniciativa TEIAS-Escola Manguinhos, por favor, responda as questões abaixo:

O senhor(a) é membro do Conselho Gestor Intersetorial TEIAS-Escola Manguinhos: SIM () NÃO ()

OBS.: Se afirmativo não continuar a aplicação do instrumento.

FORMULÁRIO Nº ()
Qual sua área de atuação: () Médico () Enfermeiro () Técnico de enfermagem () Agente Comunitário de Saúde
Há quanto tempo o senhor(a) trabalha nesta equipe?
Em que localidade o senhor(a) trabalha? xxx/CFVV () xxx/CSE ()

- 1) O senhor(a) conhece o CGI TEIAS-Escola Manguinhos? Já foi a alguma reunião deste fórum?
- 2) O senhor(a) tem conhecimento das datas/locais e horários das reuniões do CGI TEIAS-Escola Manguinhos? Se afirmativo, de que forma?
- 3) O senhor(a) sabe quais temas são colocados em pauta para discussão neste fórum e como eles são escolhidos?
- 4) O Sr.(a) sabe se em sua equipe de ESF há algum membro representação no CGI TEIAS-Escola Manguinhos? Se afirmativo, qual?
- 5) O senhor(a) conhece alguma destas ouvidorias:
 - 5.1) Ouvidoria do SUS
 - 5.2) Ouvidoria da AP 3.1
 - 5.3) Ouvidoria da Fiocruz
 - 5.4) Outra. Cite qual:
- 6) O senhor(a) alguma vez já utilizou o canal de ouvidoria? Se afirmativo, qual? Obteve resposta à sua manifestação?
- 7) O senhor(a) considera que o trabalho destas instâncias – CGI e Ouvidoria – pode contribuir com a melhoria dos serviços oferecidos no TEIAS-CES/TEIAS-CFVV?
- 8) O senhor(a) tem ou teve conhecimento de alguma destas ferramentas de comunicação disponíveis no TEIAS-Escola Manguinhos:
 - 8.1) Portal TEIAS-Escola Manguinhos ()
 - 8.2) Blog Participação Cidadã ()
 - 8.3) Vídeo “Saúde da Família 100% Manguinhos” ()
 - 8.4) Calendário 2012 – distribuído em todos os domicílios ()
 - 8.5) Jornal “Comunidade na Saúde” ()
 - 8.6) Fale Conosco (0800) localizado no CSE-Manguinhos e na CFVV ()
- 9) O senhor(a) deseja fazer alguma observação sobre a questão do controle social no TEIAS-Escola Manguinhos?



Roteiro de entrevista semiestruturada:

1. Coordenação do TEIAS-Escola Manguinhos.
 2. Membro representante dos trabalhadores do CGI TEIAS-Escola Manguinhos.
 3. Membro representante dos usuários do CGI do TEIAS-Escola Manguinhos.
 4. Membro representante da gestão do CGI do TEIAS-Escola Manguinhos.
- 1) O que entende sobre participação e controle social no SUS?
 - 2) Participa com frequência de algum destes mecanismos de controle social: Conselho de Saúde e Conferência de Saúde.
 - 3) Você considera que o controle e a participação social podem auxiliar a melhoria dos serviços de saúde?
 - 4) Quais mecanismos de comunicação são utilizados para divulgar as reuniões, pautas e deliberações do CGI junto aos usuários?
 - 5) Quais mecanismos de comunicação são utilizados para divulgar as reuniões, pautas e deliberações do CGI junto aos trabalhadores?
 - 6) Os cidadãos são estimulados a utilizar o mecanismo de Ouvidoria? Se afirmativo, de que forma?
 - 7) Considera que a comunicação e a informação podem auxiliar o exercício do controle social e da gestão participativa? Por quê?
 - 8) Como fica sabendo das demandas de Ouvidoria (Fiocruz, Ap.3.1, OGS, municipal) para esta unidade? As questões apresentadas são levadas para o CGI?
 - 9) Porque você frequenta o espaço do CGI?



Autorização de realização de pesquisa científica na unidade de saúde

Instituição: Centro de Saúde Escola Germano Sinval Faria

Esta instituição autoriza a **Marcela Vieira da Silva** no desenvolvimento da investigação científica, bem como a participação dos pacientes atendidos nesta unidade no projeto de pesquisa intitulado **Comunicação, informação e controle social: Um estudo sobre a utilização dos mecanismos de controle e gestão participativa no TEIAS-Escola Manguinhos**. A unidade mantém seu compromisso no resguardo da segurança e bem-estar dos sujeitos de pesquisa nela recrutados, dispondo de infraestrutura necessária para a garantia de tal segurança e bem-estar.


Emilia Maria de Andrade Correia
Chefe do CSEGSF/ENSP/FIOCRUZ

Dra. Emilia M. de Andrade Correia
Chefe do CSEGSF/ENSP/FIOCRUZ
Matrícula SAPE: 6650657
CRM 5236519-9

Coordenação de Ensino e Pesquisa
Centro de Saúde Escola Germano Sinval Faria
Rua Leopoldo Bulhões, 1480, sala 01, Manguinhos - Rio de Janeiro, RJ - 21041-210
Telefones: (21) 2598-2848

ESCOLA POLITÉCNICA DE
SAÚDE JOAQUIM
VENÂNCIO/FIOCRUZ/RJ



Continuação do Parecer: 450.583

cotidiano dos serviços de saúde". Assim, a ênfase sobre análise dos processos de comunicação (produção, circulação e apropriação) com vistas à ampliação da gestão participativa e do controle social, que são utilizados pelo TEIAS, tornam-se objeto privilegiado na presente pesquisa, traduzindo-se num empreendimento que, além de dialogar com os princípios do SUS, tende a contribuir para um maior envolvimento da população no debate em torno da saúde.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Folha de Rosto, TCLE, currículos dos pesquisadores, instrumentos de pesquisa e termo de ciência da instituição foram adequadamente apresentados e estão em conformidade com a resolução CNS 466/2012.

Recomendações:

Não há.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Pela análise procedida, este Comitê (registrado junto à CONEP Cf. Ofício n. 2254/Carta n. 0078 CONEP/CNS/MS, de 12 de agosto de 2010) considera o presente protocolo APROVADO.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

RIO DE JANEIRO, 07 de Novembro de 2013

Assinador por:
Daniel Groisman
(Coordenador)

Endereço: Avenida Brasil, 4365
Bairro: Manguinhos CEP: 21.040-900
UF: RJ Município: RIO DE JANEIRO
Telefone: (213)865-9710 Fax: (213)865-9729 E-mail: cep@epsjv.fiocruz.br

ANEXO B

Ferramentas de comunicação do TEIAS-Escola Manguinhos:

1) Página principal do Portal TEIAS-Escola Manguinhos:

Bem-vindo ao Território x

andromeda.ensp.fiocruz.br/teias/

Escola Nacional de Saúde Pública
Sergio Arouca

FIOCRUZ

TEIAS-ESCOLA MANGUINHOS

Território Escola Manguinhos

Área Restrita | Fale Conosco | Mapa do Site

Teias em um clique

BUSCAR

Quem Somos | O Território | Ações e Serviços | Sala de Situação | Gestão Participativa | Ensino e Pesquisa

Transparência

Conferências

Conselhos

Ouvidoria

Votar

que você achou deste site?

Ótimo

Bom

Regular

Ruim

Enquetes antigas

Resultados

Teias Escola Manguinhos

100% Manguinhos

CF Victor Valla

andromeda.ensp.fiocruz.br/teias/gestao-participativa

1.2) Portal TEIAS-Escola Manguinhos – aba CSE-Manguinhos:

CSE Manguinhos | Te x

andromeda.ensp.fiocruz.br/teias/centro-de-saude-escola-manguinhos

Escola Nacional de Saúde Pública
Sergio Arouca

FIOCRUZ

TEIAS-ESCOLA MANGUINHOS

Território Escola Manguinhos

Área Restrita | Fale Conosco | Mapa do Site

Teias em um clique

BUSCAR

Quem Somos | O Território | Ações e Serviços | Sala de Situação | Gestão Participativa | Ensino e Pesquisa

Início

CSE Manguinhos

Localização:

Leopoldo Bulhões, 1480 - Manguinhos, RJ

Contato:

Diretora Gerak: Claudia Costa 2598-2796 ou 0800-7210192

Horário de funcionamento:

segunda a sexta de 8 às 17h

Capacidade instalada:

O CSE Manguinhos funciona no espaço do CSEGS/ENSP e conta com: 07 consultórios médicos, 2 consultórios odontológicos e 1 escovatório; farmácia, sala de vacinação, sala para curativos, sala de procedimentos e observação clínica, sala administrativo/gerente, sala para curativos; sala de coleta de exames; sala de reunião de grupo.

CF Victor Valla

CSE Manguinhos

Serviços para o cidadão

Saúde da Família, 100% Manguinhos

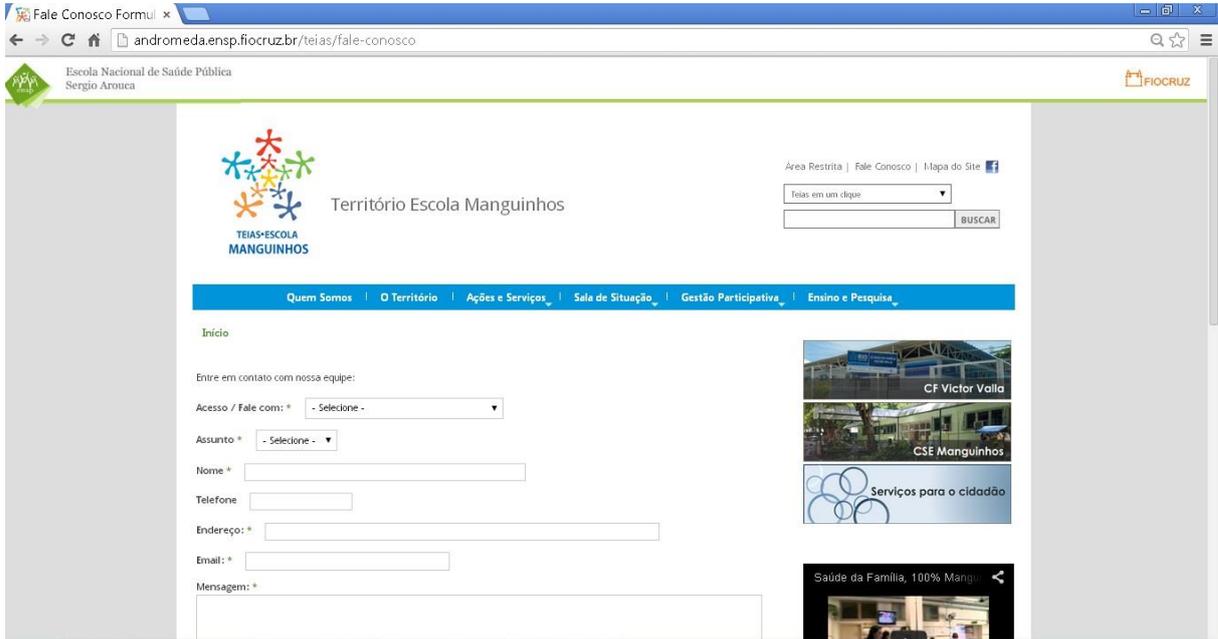
1.3) Portal TEIAS-Escola Manguinhos – aba CFVV:

The screenshot shows the website for the Clínica da Família Victor Valla. The browser address bar displays andromeda.ensp.fiocruz.br/teias/clinica-da-familia-victor-valla. The page header includes the logo of the Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca and the FIOCRUZ logo. The main content area features the 'Território Escola Manguinhos' logo and a navigation menu with items: Quem Somos, O Território, Ações e Serviços, Sala de Situação, Gestão Participativa, and Ensino e Pesquisa. The 'Início' section provides contact information for the Clínica da Família Victor Valla, including its location (Av. Dom Helder Câmara, 1390 fundos - Benfica - RJ), contact details (Gerência Técnica: Érika Arent - 3278-0002; Gerência Administrativa: Denilson dos Santos de Oliveira - 2201-4476; E-mail: csfvictorvalla@gmail.com 0800-7210191), and operating hours (segunda a sexta de 7 às 17h; sábados de 8 às 12h). A sidebar on the right contains images of the CF Victor Valla building, the CSE Manguinhos, and a 'Serviços para o cidadão' section. A search bar is located in the top right corner.

1.4) Portal TEIAS-Escola Manguinhos – aba “Serviços para o cidadão”

The screenshot shows the website for the 'Serviços para o cidadão' section. The browser address bar displays andromeda.ensp.fiocruz.br/teias/servicosparaocidadao. The page header is identical to the previous screenshot. The main content area features the 'Território Escola Manguinhos' logo and a navigation menu. The 'Início' section is followed by the 'Serviços para o cidadão' section, which includes a brief description: 'Através dos links abaixo o cidadão da área poderá solicitar seu agendamento, falar diretamente com sua equipe ou, caso seja morador de Manguinhos e não é cadastrado pela equipe da sua área de moradia, você poderá solicitar seu cadastramento.' Below this text are three buttons: 'Fale com sua equipe', 'Agendamento de consulta', and 'Solicitação de cadastro'. A video player is embedded on the right side, showing a scene from the 'Saúde da Família, 100% Manguinhos' project. Below the video player are buttons for 'documentos' and 'áudios'. At the bottom of the page, there is a 'Gestão Participativa' section with a 'Transparência' button.

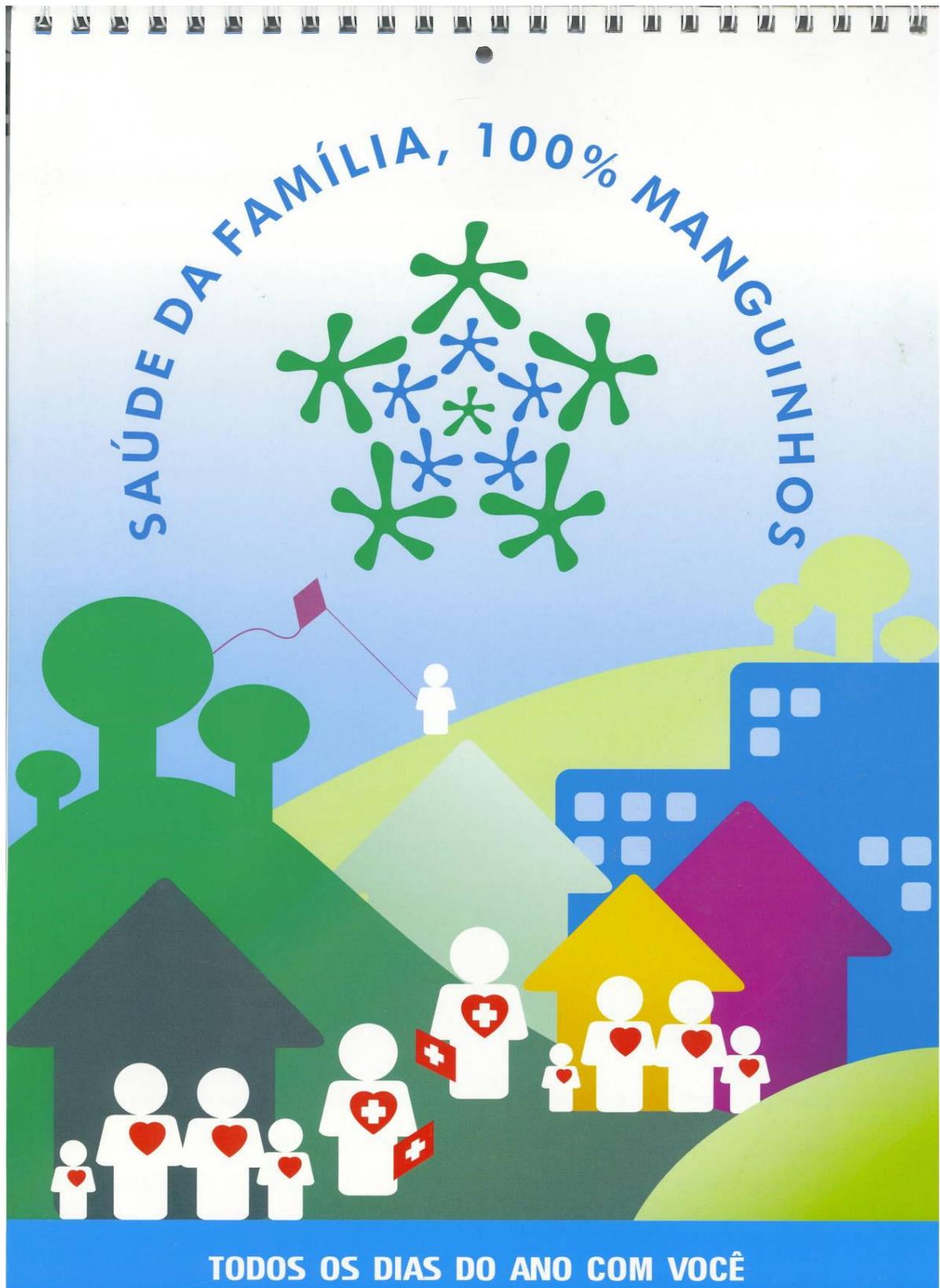
1.5) Portal TEIAS-Escola Manguinhos – aba “Fale com sua equipe”



2) Blog Participação Cidadã



3) Calendário “Saúde da Família 100% Manguinhos” distribuído em 2012 nos domicílios.



4) Edições do jornal “Comunidade na Saúde”:

Comunidade

Manguinhos/RJ, dez 2010/jan 2011 n°0
Informativo do Projeto Participação Cidadã
na Gestão da Saúde



na Saúde

EDITORIAL

Convite à participação!

Esta é a edição de lançamento do informativo bimensal *Comunidade na Saúde*. Seu objetivo é contribuir com a promoção da gestão participativa da política pública de Atenção à Saúde no território de Manguinhos. Ele quer ser instrumento da cidadania e gestão democrática da saúde. Deverá ser lido e debatido em *círculos de leitura* formados por clínicas de saúde da família, associações comunitárias, grupos educativos, escolas, grupos religiosos, espaços de cultura, esporte, lazer, entre outros.

Nestes *círculos*, todos poderão criticar, sugerir temas prioritários e fazer novas reportagens, deixando de ser apenas leitores para sermos comunicadores sociais em saúde.

Comunidade na Saúde é resultado do processo de articulação do movimento social de Manguinhos com a gestão do TEIAS (mais na página 2), com o suporte executivo da Assessoria de Cooperação Social-ACS da ENSP/Fiocruz. Assim, formamos seu Conselho Editorial com moradores de Manguinhos, trabalhadores em Saúde Pública e gestores da ENSP e do TEIAS, que irão fazer a seleção das matérias prioritárias e a edição do informativo. O material de trabalho deste Conselho também será apurado nos *círculos de leitura*.

Quer ajudar a organizar um círculo de leitura na sua comunidade? Fale conosco (contatos no expediente, pág. 4)

Então, participe! Boa leitura!

Todos ao Conselho!

Mais Saúde em 2011 com Participação Comunitária

O ano novo chegou... E com ele, Manguinhos assume um compromisso pioneiro: constituir e implementar um conselho gestor territorializado! A comunidade de Manguinhos terá a oportunidade de participar diretamente da política pública de Atenção à Saúde. A Gestão Participativa poderá fortalecer a luta contra as desigualdades sociais no território para a Promoção da Saúde? **Na página 2**, você saberá o que é e como participar.

Foto: Nathália Marcelino LabDHM/RedeCCAP



Na foto, moradores do Parque Carlos Chagas ('Varginha') participam do Fórum sobre a questão das enchentes em Manguinhos.

Que Política é Esta?

A coordenadora do Território Integrado de Atenção à Saúde - TEIAS-Escola Manguinhos fala sobre a iniciativa e seus desafios na **página 3**.

Comunidade na Saúde

Manguinhos/RJ, Março/Abril 2011 nº1
Informativo do Projeto
Participação Cidadã na Gestão da Saúde
www.ensp.fiocruz.br/participacaocidada



Participação na Saúde em momento decisivo

A mobilização dos moradores de Manguinhos na construção do Conselho Gestor Intersetorial (CGI) do Território Integrado de Atenção à Saúde (Teias) de Manguinhos é fundamental para a melhoria das condições de saúde da população. Saiba mais na página 3.

Na página 2, você pode conferir o calendário das Conferências de Saúde em Manguinhos, no Rio de Janeiro e em Brasília. Não fique de fora: venha participar!

Foto: Rachel Barros



Manguinhos forma seu primeiro Conselho

O Centro de Saúde Escola Germano Sinval Faria - CSEGSF da ENSP/Fiocruz deu posse ao seu Conselho Gestor, no dia 28 de abril, em cerimônia realizada no auditório térreo da ENSP. O Fórum do Movimento Social de Manguinhos, foi o espaço coletivo de debate dos moradores escolhido pelo CSEGSF como co-organizador do processo de construção deste Conselho.

A escolha dos representantes das comunidades por segmentos ocorreu, no Fórum, no dia 15 de fevereiro, na sala 410 da ENSP (foto ao lado). As comunidades de Manguinhos presentes escolheram os seguintes representantes por segmentos: Negros - Valmir dos Santos, conhecido como Baiano (titular) e Marina Lopes (suplente); Mulheres - Darcília Alves (titular) e Simone Pereira (suplente); Doenças crônicas - Guilherme Hadasha (titular) e Nelson Oliveira (suplente); Juventude - André Luiz Deodoro (titular) e Luiz Carlos (suplente). As outras duas vagas, designadas, em reconhecimento, pelo CSEGSF, por sua atuação, são: o PASI Programa de Atenção a Saúde do Idoso e o Espaço Casa Viva/RedeCCAP, uma organização social de Manguinhos que trabalha com crianças, adolescentes e adultos, na área de educação e cultura.

Os conselheiros têm como missão representar coletivamente as comunidades de Manguinhos: "moradores, trabalhadores e gestores", com informações, denúncias e contribuindo com idéias para a elaboração das políticas, processos e práticas de promoção e assistência à saúde.

Fórum vai às comunidades!

A partir de março deste ano, o Fórum do Movimento Social de

Comunidade na Saúde

Manguinhos/RJ, Maio a Agosto/2011 - nº 2
 Informativo do Projeto
 Participação Cidadã na Gestão da Saúde
www.ensp.fiocruz/participacaocidada



Foto: Rachel Barros



Plenária da Conferência Local de Saúde, na Ensp, em 16 de julho

Gestão Participativa na Saúde

A Saúde é um direito do cidadão e um dever do Estado brasileiro. Para garantir esse direito, a todos os brasileiros, foi aprovado, pelo plenário Constituinte, em 1988, o Sistema Único de Saúde (SUS), que tem entre seus princípios a participação da comunidade, através de conselhos e conferências. Assim, o serviço de saúde pública, para o atendimento de qualquer cidadão, é de responsabilidade dos municípios, dos estados e do governo federal.

Atualmente, o primeiro atendimento (atenção básica) e o acompanhamento da saúde dos moradores de Manguinhos ocorrem por meio da Estratégia da Saúde de Família, coordenados pelo projeto TEIAS Território Integrado de Atenção a Saúde, uma parceria entre a Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil do Município do Rio de Janeiro SMSDC/RJ (Recursos Financeiros, Humanos e Acompanhamento Técnico-Político) e a Ensp/Fiocruz (Coordenação Técnica-Política).

Como o Sistema Único de Saúde é custeado (pago ou financiado) com dinheiro público e as últimas Conferências Nacionais de Saúde apontaram para o fortalecimento da gestão participativa no SUS, envolvendo as unidades e serviços de saúde, com participação de cidadãos-usuários, trabalhadores de saúde e gestores, o Teias assumiu o compromisso da construção de um modelo de gestão participativa no SUS em Manguinhos. Para isso, estão sendo criados espaços para

os gestores, os moradores e os trabalhadores da saúde analisarem, apontarem falhas, fiscalizarem, deliberarem e proporem estratégias para a formulação de políticas públicas de saúde em Manguinhos, garantindo saúde integral e de qualidade para todos.

Se você acredita que é possível melhorar a saúde em Manguinhos, atendendo as necessidades da população, participe das reuniões e encontros. Para a manutenção dos avanços do SUS, ampliação e garantia de prestação de serviço de qualidade é fundamental a sua participação.

Espaços de efetiva participação popular em Manguinhos: Colegiado da Clínica da Família Victor Valla e do CMS Manguinhos, na Ensp/Fiocruz; Conselho Gestor do Centro de Saúde Escola Germano Sinval Faria - CSEGSF (Ensp/Fiocruz); Conselho Gestor Intersetorial do Teias; Conselhos (Distrital; Municipal, Estadual e Nacional) e Conferências (Local, Distrital, Municipal, Estadual e Nacional).

Página 3

Ministro da Saúde em Manguinhos
 Página 2

Anote em sua Agenda
 Página 4

Editorial

A pedido dos leitores, mudanças à vista

Esta edição do informativo *Comunidade na Saúde* apresenta algumas mudanças, na forma e no conteúdo. Nada muito drástico, para não tornar o jornal irreconhecível, mas estamos pondo em prática o que defendemos: o respeito à opinião dos leitores. Entre as sugestões: mais fotos, textos mais curtos, ampliação da participação do/da morador/a seja nas fotos ou no texto, passatempo e telefones úteis.

Faça contato! Envie suas críticas e sugestões, que também podem ser postadas (colocadas) no blog Participação Cidadã (www.ensp.fiocruz.br/participacaocidada)
 Veja os contatos na última página.



Rosane Marques fala sobre o TEIAS na Sala Escola Manguinhos em entrevista ao vivo no canal do YouTube Ensp/Fiocruz



Foto: Sandra Martins



Foto: Sandra Martins

2º Encontro UESP na Comunidade Nelson Mandela em 2010/2011



Foto: Sandra Martins

Alunos do curso de licenciatura em Educação e Comunicação UESP em 2010/2011

Comunidade

Manguinhos/RJ, Setembro a Outubro/2011 – nº 3
 Informativo do Projeto
 Participação Cidadã na Gestão da Saúde
www.ensp.fiocruz.br/participacaocidada

Conselho Gestor Intersectorial – CGI

Saúde é democracia direta em Manguinhos

Após um longo processo de amadurecimento, desde 2009, moradores de Manguinhos elegeram, no dia 15 de outubro, seus 12 conselheiros que os representarão em diversos segmentos, além de seus suplentes, para mandato de dois anos – 2011 a 2012. Eles serão ponte direta entre a população e quem realiza os serviços de saúde (trabalhadores e gestores).

O CGI é composto por 24 membros – seis trabalhadores, seis da gestão no território e 12 cidadãos-usuários da comunidade. É um órgão colegiado (membros com direito a voz e voto) e deliberativo (decide) que vai discutir a política pública de saúde de Manguinhos.

Quanto ao segmento dos trabalhadores, os profissionais já fizeram suas escolhas pelo Centro de Saúde Escola Germano Sinval Faria, pela Clínica da Família Victor Valla, CMS Manguinhos, a UPA e um trabalhador da educação e Clínica da Família Vila Turismo (a ser implantada). Os representantes da gestão (saúde, educação e assistência social) estão sendo indicados.



Foto: Vanessa Patrício

O auditório do CRJ Manguinhos ficou pequeno para tanta energia da plenária, com variados grupos torcendo pelos seus candidatos.



na Saúde

Editorial

Participação e controle social

Este ano está sendo diferente em Manguinhos. Vários debates sobre a saúde no território vêm acontecendo, em locais como o Fórum do Movimento Social de Manguinhos. A novidade é a criação de novos espaços coletivos, entendidos como conselhos gestores (Conselho Gestor Intersectorial do Teias – Escola Manguinhos, Conselho Gestor do Centro de Saúde da Fiocruz, Conselho Comunitário de Manguinhos e Colegiado Gestor da Clínica Victor Valla).

Um dos principais objetivos destes conselhos é melhorar os serviços públicos, o que a gente chama de controle social de políticas públicas. Por isso, é importante que todos participem das decisões destes conselhos, indo às reuniões e falando com os seus representantes.

Mas onde? Acompanhe pelo blog ou saiba

Comunidade

Manguinhos/RJ, Novembro/ Dezembro/2011 a Janeiro/2012 - nº 4
 Informativo do Projeto
 Participação Cidadã na Gestão da Saúde
 www.ensp.fiocruz.br/participacaocidadã

Mapa da Saúde em Manguinhos

Na cerimônia de posse dos conselheiros ao Conselho Gestor Intersetorial, em 8 de dezembro de 2011, a coordenadora do Território Integrado de Atenção à Saúde (Teias - Escola Manguinhos), Elyne Engstrom apresentou mapas correspondentes à área de atuação da Estratégia de Saúde da Família (ESF), com as equipes e os serviços de saúde oferecidos por esta iniciativa no território.

O *Comunidade na Saúde* aproveitou a oportunidade e trouxe para as páginas 4 e 5 um mapa de localização dessas equipes, com o nome dos profissionais e referências do território. A partir dos dados relativos a janeiro de 2012, são 13 no total, sendo seis pela Clínica da Família Victor Valla (CFVV) e sete pelo Centro Municipal de Saúde Manguinhos (CMS).

Então, sugerimos aos moradores de Manguinhos que aproveitem e verifi-



percorrem, para atendê-los da melhor forma possível.

Mais Posse do CGI na página 2
Mapa da ESF nas páginas 4 e 5

na Saúde

Editorial

Amigas/os,

Neste número do nosso informativo, trazemos vários trabalhos realizados em Manguinhos e que estão relacionados com a participação social e saúde. É uma oportunidade para a gente conhecer cada vez mais e refletir sobre o que as pessoas estão fazendo para melhorar as condições de vida no local.

Muitas dificuldades são enfrentadas no dia a dia, mas já conseguimos algumas vitórias. O caminho é a participação: é fazer saber. Depois é participar ou organizar um grupo: um fórum; um conselho; uma mesa de negociação para discutir a política pública. Ai já estamos falando de controle social.

Para gerir ou administrar, organizar, planejar e decidir os rumos da política de saúde e seus serviços, em um local, com a participação de todos (moradores, trabalhadores e gestores) é importante a gestão participativa.

Este é o nosso trabalho: trazer informação que contribua para a gestão democrática e participativa da política de saúde de Manguinhos.

5) Folders TEIAS-Escola Manguinhos

Atenção primária à saúde Comunicação Informação Participação Responsabilidade Transparência

2013
Está no ar o
Portal do Território Escola Manguinhos - Teias
www.ensp.fiocruz.br/teias

Mais uma forma de comunicação com a comunidade, profissionais da saúde, gestores, pesquisadores e todos os interessados em conhecer mais sobre as famílias e o território de Manguinhos.

Manguinhos ENSP FIOCRUZ

Acesso livre aos interessados

Você poderá:

- * comunicar-se conosco, por meio do portal;
- * solicitar, caso seja morador da área, visita e atendimento à sua Equipe de Saúde da Família;
- * entrar em contato com a direção das Clínicas da Saúde da Família.

Ampliação do acesso à informação de saúde

Você terá informações sobre:

- * a comunidade de Manguinhos, sua população e ambiente;
- * as áreas de atuação das 13 Equipes de Saúde da Família;
- * o Núcleo de Apoio à Saúde da Família, Saúde Bucal; Equipe do Consultório na Rua; Atendimento Domiciliar; Academia Carioca de Saúde; Bolsa Família e Saúde na Escola;
- * acessar as páginas virtuais de nossos colaboradores: Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil do Rio de Janeiro (Rede OTICS), ENSP, Fiocruz, Ministério da Saúde e outros.

Divulgação das boas práticas de saúde e de produção de conhecimento

Você ficará sabendo sobre:

- * prestação de contas técnica e financeira;
- * reuniões e atividades do Conselho Gestor Intersetorial e dos conselhos locais das clínicas;
- * atividades de prevenção e promoção da saúde;
- * ações de vigilância em saúde que compõem a sala de situação;
- * ensino e pesquisa desenvolvidos no território;
- * reuniões das equipes e dos conselhos com a comunidade;
- * eventos técnicos e científicos.

Clínica da Família Victor Valla
smsdc-csf-victorvalla.blogspot.com
Av. Dom Hélder Câmara 1.390 – Manguinhos – RJ
Tels.: (21) 2201-4476 | 0800-7210191

Centro de Saúde Escola Manguinhos
smsdc-cms-manguinhos.blogspot.com
Rua Leopoldo Bulhões 1.480 – Manguinhos – RJ
Tels.: (21) 2598-2796 | 0800-7210192

Teias-Escola Manguinhos
teiasmanguinhos@ensp.fiocruz.br
Rua Leopoldo Bulhões 1.480 – sala 26 – Prédio Antigo Politécnico
Manguinhos – RJ Tel.: (21) 2598-2764

6) Folheto CGI

Como será formado o Conselho Gestor Intersetorial de Manguinhos?

Será formado por 24 representantes e seus suplentes:

- **Gestores** (6 - 25%): instâncias e equipamentos de saúde: CAP 3.1 (Coordenação de Área Programática/SMSDC - 1 representante) + Teias (1 representante) + UPA (1 representante); CSEGSF/ENSP/Fiocruz (1 representante) + Área da Educação (1 representante) + Área da Assistência Social (1 representante).
- **Trabalhadores** (6 - 25%): dos equipamentos de saúde (CFVV + CFM + UPA + CSEGSF/ENSP - 1 representante de cada) + Escola pública local (1 representante) + Equipamento da Assistência Social local (1 representante).
- **Cidadãos moradores de Manguinhos** (12 - 50%) – escolhidos em reuniões dos seguintes segmentos sociais: Assistência social e direitos humanos; Criança e adolescente; Cultura; Educação; Esporte; Grupos étnicos e minorizados (negros, deficientes, glbt); Idosos; Mulheres; Representações comunitárias; Saúde e ambiente; Segmento religioso; Trabalho cooperativo/ Geração de renda solidária.

Vamos construir o Conselho Gestor Intersetorial de Manguinhos!

O Teias-Escola Manguinhos é responsável pela atenção primária à saúde em Manguinhos e é conhecido pelos moradores pelo trabalho das equipes de saúde da Clínica da Família Victor Valla/CFVV (ao lado da UPA) e da Clínica da Família Manguinhos/CFM – que funciona no Centro de Saúde Escola Germano Sinval Faria/CSEGSF/ENSP/Fiocruz.

Propõe a criação de um Conselho Gestor Intersetorial para definir e fiscalizar a política de saúde para Manguinhos: a participação de todos neste Conselho é fundamental para promover a melhoria das condições de saúde dos moradores de Manguinhos.

Teremos muitos encontros para debater as propostas de construção do nosso Conselho.

Como serão escolhidos os conselheiros?

Os Conselheiros serão escolhidos em reuniões amplamente convocadas especialmente para este fim. Os cidadãos moradores de Manguinhos poderão participar das reuniões de todos os segmentos mas só poderão escolher ou serem escolhidos em apenas um segmento.

Como será organizado o processo de escolha dos conselheiros?

A escolha dos Conselheiros será organizada por uma Comissão de Organização composta por: 1 gestor dos equipamentos de saúde + 1 trabalhador da saúde + 1 profissional de outro setor afora a Saúde (Educação ou Assistência Social) + 3 cidadãos residentes em Manguinhos.

Como se dará a participação no Conselho Gestor?

Pelos representantes dos cidadãos moradores de Manguinhos, pelos representantes dos gestores e trabalhadores dos equipamentos da Saúde, da Educação e da Assistência Social.

O que significa ser representante?

Significa apresentar e defender os interesses da população que está representando. Para isto, os representantes precisam promover frequentes reuniões com os moradores informando o que se passa no Conselho e levando as idéias dos moradores para o Conselho.

Participe das reuniões e colabore na construção do Conselho Gestor Intersetorial.

Converse com o seu Agente Comunitário de Saúde e com os outros profissionais da Equipe de Saúde da Família e se informe sobre as datas e locais dos encontros.

7) Capa da “Guia dos Direitos dos Usuários do CSEGSF”:

Guia

dos Direitos e Compromissos

dos usuários do Centro de Saúde Escola Germano Sinval Faria da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca