



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO
UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS

ROBSON ANDRÉ JUNIOR

TERRITÓRIO E PODER: DESAFIOS DA CONSTRUÇÃO DO SUS EM UMA TERRA
DIVIDIDA

SÃO PAULO
2020

ROBSON ANDRÉ JUNIOR

TERRITÓRIO E PODER: DESAFIOS DA CONSTRUÇÃO DO SUS EM UMA TERRA
DIVIDIDA

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado
ao Curso de Especialização em Saúde da
Família da Universidade Federal de São Paulo
para obtenção do título de Especialista em
Saúde da Família

Orientação: SIMONE DE CARVALHO SANTOS

SÃO PAULO
2020

Resumo

A falta de organização e definição de território em saúde no Bairro da Aparecidinha, bem como a não adoção da Estratégia Saúde da Família como modelo de atenção à saúde, são questões multifatoriais, baseadas em diversos interesses, tanto da população como da gestão do município. Contudo, sabe-se da importância dessa definição para o melhor andamento e fornecimento dos serviços de saúde da Atenção Primária à Saúde, possibilitando sua atuação de forma mais ampla e resolutiva possível. Dessa forma, mostra-se interessante o desenvolvimento do Controle Social, utilizando para tal, a criação de uma Associação de Moradores do bairro, como maneira de exigir e consolidar uma territorialização em saúde adequada para a localidade.

Palavra-chave

Educação em Saúde. Unidade Básica de Saúde. Sistema Único de Saúde. Saúde Pública. Política de Saúde.

PROBLEMA/SITUAÇÃO

São múltiplas as limitações da Saúde Pública no Bairro da Aparecidinha, com as quais lidamos diariamente. Avançando em uma análise com o intuito de encontrar as raízes dessas dificuldades, podemos observar déficits estruturais graves na implementação da Atenção Primária a Saúde (APS) na localidade, notadamente na adoção dos princípios fundamentais da Estratégia de Saúde da Família (ESF).

Inicialmente, seguindo a estrutura de estudo adotada pelo próprio curso de Especialização em Saúde da Família da UNIFESP, e, mais especificamente, utilizando como ferramenta de estudo a proposta do presente trabalho, que é a realização de um projeto de saúde para o território, evidenciamos imediatamente um dos principais problemas da estrutura da APS no Bairro da Aparecidinha, que é uma definição precária do próprio território em saúde ao qual a Unidade Básica de Saúde (UBS) em questão é referência.

Haja vista o fato de que não é sequer conhecida ou definida a delimitação geográfica concreta de um território específico, o qual seja de responsabilidade da UBS do Bairro da Aparecidinha, fica evidente a necessidade de problematizar este tema *a priori*, sob pena de, caso não seja assim feito, tratar consequências do referido problema como se fossem oriundas de má conduta da equipe de saúde do bairro, como, por exemplo, falhas sistemáticas na longitudinalidade do cuidado, ou mesmo problematizar questões que não pertencem de fato ao território desta UBS.

Considerando a definição político-administrativa, trata-se de uma localidade de fronteiras intermunicipais. São três os municípios que fazem divisa naquela região, sendo que há registro discordante entre os principais comprovantes de residência utilizados pelos munícipes para adscrição à Equipe de Saúde: a mesma localidade possui registro como sendo pertencente a um município em sua “conta de água” e como pertencente a outro município em sua “conta de luz”. Concomitante e consequente a isso, os moradores apresentam dificuldade em se referenciar a um único município, como sendo o de seu pertencimento.

Avançando em direção a noção de território para além de sua dimensão geográfica, observamos que a história e a política locais têm influência determinante nos âmbitos culturais e de financiamento dos meios de promoção, prevenção e recuperação da saúde da população local. O território em questão apresenta grande proporção geográfica, disperso em propriedades rurais dos mais diversos tamanhos e o início do povoamento da região remonta a época da imigração italiana para o Brasil. A denominação mais antiga do local é “Vargem Grande”, a qual era dividida em duas partes: “Vargem Grande de Cima” e “Vargem Grande de Baixo”. Essas delimitações culturais e geográficas não respeitam os limites municipais político-administrativos, estando distribuídas entre os três municípios fronteiriços. O Bairro da Aparecidinha, como é definido o local através de sua determinação político-administrativa, é um recorte de porções da “Vargem Grande”, representando uma pequena região polo, chamada pela população de “Vila”, com pavimentação asfáltica e que concentra serviços essenciais como a Unidade de Saúde, Escola Municipal, farmácia e mercado. No centro da “Vila” há uma Igreja Católica, que representa a religião dominante na localidade, bem como se apresenta como um dos núcleos fisiológicos do bairro, uma vez que funciona como ponto de encontro e disponibiliza espaço para diversos eventos socioculturais e reuniões ocasionais de membros da comunidade acerca de temas isolados. Não há saneamento básico

satisfatório. A distribuição de água encanada é desigual; muitos dependem de poço artesiano e, em situações de falta, dependem da solidariedade de vizinhos para obtenção de água. Não há rede de esgoto, sendo necessário o uso de fossas.

Atualmente, o bairro pertence ao município de Pinhalzinho – SP, porém, até meados da década de 80, era parte do município de Monte Alegre do Sul – SP. Consequente a isso é notável um déficit na noção de pertencimento da população em relação ao município de Pinhalzinho, que, frequentemente, procura assistência no antigo município do qual fazia parte. A “adesão da população ao novo município” ainda vem acontecendo. Este fato se justifica em grande parte por interesse dos próprios cidadãos, que procuram os serviços de um ou de outro município de acordo com as vantagens que aquela determinada cidade ofereça naquela ocasião. Um exemplo disso é que boa parte da população ainda tem documentos pessoais vinculados ao município de Monte Alegre do Sul, principalmente o Título de Eleitor.

Aqui se destaca uma intersecção de interesses; a população coloca “seu poder de voto” a disposição do político pertencente ao município que oferecer o serviço que desejam no momento. Em contrapartida o político mantém aqueles eleitores presos ao seu “curral eleitoral”, na medida de seu próprio interesse e poder de barganha de votos. Soma-se a essa questão política a falta de interesse do próprio município de Pinhalzinho em modificar a organização da APS, visto que a população é acostumada a “passar em consulta” em qualquer UBS da cidade e qualquer restrição a isso, por mais que tenha como objetivo a melhoria na atenção à saúde da população, irá custar algum capital político para quem tomar frente em organizar a situação.

Dessa forma, ainda é comum o trânsito de usuários entre uma unidade de saúde e outra, causando um tipo de situação na qual o paciente recebe um atendimento “fora de área” completamente isolado, sem vinculação, sem cuidado longitudinal, e sem ter ao menos conhecimento sobre como esse tipo de atendimento é mais precário do que a atenção à saúde dentro do modelo do ESF. Há cerca de 10 anos era frequente o próprio usuário do serviço transitar com seu prontuário entre um “posto de saúde e outro”, inclusive com “trânsito intermunicipal”, a depender de sua inclinação naquele momento em ser atendido por um ou por outro serviço, violando, inclusive, preceitos legais extremamente importantes.

Neste ponto é fundamental salientar que o município carece de atenção à saúde no modelo da Estratégia de Saúde da Família e, na prática, não existe adscrição dos usuários à unidade de saúde no modelo que é preconizado pelo SUS. O relacionamento do usuário com o serviço de saúde local é firmado a partir do que a equipe de saúde e a própria Secretaria Municipal de Saúde (SMS) denominam como “cadastro”. Esse registro, a rigor, representa mera formalidade, visto que não tem como objetivo responsabilizar a UBS pela atenção à saúde daquele cidadão, não implicando em acompanhamento longitudinal de sua saúde, muito menos através da ótica familiar.

Atualmente há cadastro de 1.357 pessoas na UBS do Bairro da Aparecidinha, em prontuários individuais. Existem, ainda, registros de dezenas de prontuários “fora de área”, separados dos demais. Desde o início do ano de 2019, após o início do trabalho da equipe de saúde do bairro em sua configuração atual, há um esforço para que o usuário se vincule à unidade de saúde mais próxima de sua residência e que sejam respeitados os limites dos municípios nessa procura, com vistas a criação de vínculo entre a população e a equipe de

saúde. Entretanto, nota-se falta de orientação da população em relação ao funcionamento e a estrutura do SUS, principalmente no que tange a importância do usuário no controle e construção da Atenção à Saúde.

De acordo com a gestora da UBS do Bairro da Aparecidinha, há cerca de 3 meses, a SMS recebeu uma notificação do Ministério da Saúde (MS) condicionando um grande repasse de verba, ao qual o município tem direito, a regularização do registro de seus usuários do SUS. Não foram apresentados pela SMS demais esclarecimentos acerca dessa exigência do Ministério da Saúde para a gestora da UBS, sendo que tal necessidade está sendo chamada meramente de “recadastramento” por membros da SMS, membros da equipe da UBS e pelos usuários. Concomitante a isso, a SMS disponibilizou às equipes de saúde o acesso direto ao E-SUS, em detrimento do uso de uma plataforma de registro construída e mantida por uma empresa de tecnologia da informação contratada anteriormente pelo município, que apenas migrava os dados registrados em seu servidor para a plataforma oficial do MS. Automaticamente, para a população, o motivo do recadastramento seria apenas para que o uso do E-SUS seja viabilizado. Nota-se, ao observar o processo do chamado “recadastramento”, que o mesmo está ocorrendo através da vinculação dos usuários ao SUS por família. Contudo, a vinculação desta família a uma única equipe de Saúde do Município não ocorre, por orientação da SMS. Pode-se inferir, indiretamente, que o MS solicitou ao município a adscrição correta das famílias ao SUS, mas que, mesmo frente a essa determinação, há resistência na aplicação da ESF como método e modelo de APS no município.

Esse “recadastramento” vem funcionando como um substituto da adscrição de clientela, contudo, está evidentemente desvinculado do conceito real desta última, uma vez que não se busca, por parte da SMS, a responsabilização e a vinculação da população à UBS do Bairro da Aparecidinha, mas sim apenas o cumprimento de uma determinação do MS para receber repasse financeiro.

É digno de nota que, além de todo o exposto, o núcleo da Equipe de Saúde do Bairro da Aparecidinha é composto apenas por uma Auxiliar de Enfermagem e uma Enfermeira. Salienta-se, ainda, que até 6 anos atrás a única profissional fixa na UBS do Bairro da Aparecidinha era a Auxiliar de Enfermagem, a qual trabalha ali há cerca de 30 anos e carrega consigo toda a história da assistência à saúde do bairro. Há a participação volante de outros profissionais de saúde, que são fornecidos pela Secretaria de Saúde ao bairro de acordo com a disponibilidade de carga horária dos mesmos dentro de seus contratos com a prefeitura. Neste grupo, atualmente, estão presentes um médico pediatra, uma psicóloga e uma nutricionista. O serviço de Ginecologia e Pré-Natal são oferecidos em outra UBS, situada no centro da cidade. Não há profissional para a recepção dos usuários do serviço, nem mesmo auxiliar de limpeza fixo, sendo que os encargos desses serviços ficam na maioria do tempo divididos entre a auxiliar de enfermagem e a enfermeira. No momento atual, o Programa Mais Médicos Para o Brasil – PMMPB – disponibiliza um médico para compor a referida equipe, o que possibilita, inclusive, o presente estudo. Devido ao fato indubitável de que o modelo de ESF não está sendo aplicado no Bairro da Aparecidinha, e de que não há nem mesmo a definição de um território de saúde no local, o profissional do PMMPB executa suas funções basicamente como médico clínico, uma vez que o serviço não se mostra organizado para sua atuação como Médico da Família e Comunidade. Em última análise, podemos observar que nem mesmo a população local está adaptada a forma de trabalho proposta pela Medicina de Família e Comunidade e pela ESF, o que torna mais que urgente a tomada de uma ação na

direção da implementação da referida estratégia de saúde no Bairro da Aparecidinha.

A partir do contexto até agora exposto, tomando o ponto de relação causal mais sensível no que tange ao baixo desenvolvimento do SUS no local em questão, nota-se que a falta de coesão política e social da população, associada a uma realidade político-administrativa resistente a mudanças leva à manutenção das falhas sistemáticas e cíclicas na atenção à saúde da localidade. A falta de referência, e mesmo a ausência do sentimento de pertencimento ao município, faz com que a população não tenha adesão à equipe de saúde a qual de fato pertence. Isso faz com que, ao menor sinal de descontentamento, ao invés do usuário reivindicar melhorias, ele simplesmente “troque” de Unidade de Saúde, a qual, inclusive, na maioria das vezes, pertence a outro município. Ao mesmo tempo é perceptível que a gestão pública municipal se encontra presa em um modelo de atenção à saúde obsoleto o qual não é, há muito tempo, recomendado pelas políticas nacionais de saúde.

Desde o início do ano de 2019 a situação exposta vem sendo discutida nos mais variados aspectos de sua complexidade em reuniões de equipe da UBS do Bairro da Aparecidinha. Nesse sentido, as principais questões levantadas durante o primeiro semestre do referido ano se desenvolveram com o intuito de desenhar os limites reais de ação que a equipe de saúde poderia ter, frente aos graves problemas encontrados na consolidação do SUS naquela localidade. Em virtude do fato de que a equipe de saúde já havia tentado dialogar com a Secretaria de Saúde e com demais órgãos políticos anteriormente, com a finalidade de propor soluções ou reivindicar mudanças, sem obter êxito, concluiu-se que uma nova tentativa de melhoria deveria partir de outro viés, de outros princípios, que não a mera solicitação de atitudes governamentais.

Nessa direção, notou-se que a busca por soluções para a territorialização, e para a subsequente implementação da ESF no bairro, aparentemente se confronta contra a vontade dos gestores públicos em diversos pontos, e noutros, simplesmente, não se mostram prioritárias. Contudo, a equipe de saúde também pode perceber que dificilmente haveria qualquer outra saída para a situação que não pertencesse à esfera política e, para tanto, o princípio do Controle Social do SUS, garantido por nossa Constituição Federal, se mostrou um caminho óbvio. Também é notável que a construção de soluções para os problemas já apontados não é imediata nem fácil, e que as mesmas certamente demandarão um tempo consideravelmente longo para se concretizarem. Não é irrelevante, neste caso, o fato de que o PMMPB terá suas atividades encerradas no município em dezembro de 2021 e que a futura ausência do médico vinculado ao programa provavelmente dificultará iniciar a construção de um projeto complexo de delineamento de território em saúde e de efetiva implementação da ESF no bairro após esta data, visto que a equipe fixa de saúde no local, conforme já explicitado, é composta por apenas duas pessoas. Nesse sentido, torna-se absolutamente necessário que a equipe capte aliados para essa empreita, e, para isso, apenas a população local como um todo seria um aliado com poder e perenidade suficientes.

Consequente a essa avaliação, no mês de julho de 2019, com o intuito de conscientizar a população acerca do funcionamento operacional e político do SUS, principalmente no que diz respeito ao seu Controle Social, foi promovido um evento chamado de Semana da Saúde do Bairro da Aparecidinha, com a intenção de se identificar líderes comunitários naturais, os quais seriam então estimulados a formar um Conselho Local de Saúde (CLS), capaz de educar a população local, bem como reivindicar seus direitos junto ao

Conselho Municipal de Saúde e Secretaria Municipal de Saúde. Na ocasião foi obtido êxito nessa criação, tendo sido formado um CLS paritário, com 3 membros da comunidade e com os 3 membros da equipe de saúde do bairro, pautado em um estatuto simples, porém organizado.

Foram realizadas 4 reuniões ordinárias do CLS no segundo semestre de 2019, com o notável desenvolvimento de um dos membros da população nos temas relacionados aos princípios do SUS e de sua ordenação política. Entretanto, durante esses seis meses, o objetivo inicial se mostrou parcialmente atingido: apenas 3 pessoas da comunidade estavam envolvidas na criação de um projeto que é coletivo por essência, sendo que apenas uma delas se mostrava em franco desenvolvimento. Tal fenômeno gerou reflexão por parte da equipe de saúde, que lançou a hipótese de que a grande especificidade e a complexidade dos temas tratados pelo CLS poderiam estar bloqueando o envolvimento mais amplo da comunidade na almejada construção da APS local. Tal observação tem grande relevância, visto que a hipótese mais plausível é a de que para a obtenção completa do resultado esperado é fundamental a captação da comunidade como um todo, e que, para tanto, são necessários a criação de uma identidade local e o aprimoramento da noção de coletividade da população, os quais se constroem apenas com seu exercício, através da prática, da luta e união em torno de interesses comuns. Como evento deflagrador de mudança, ocorreu, no início de 2020, a saída do membro da população mais desenvolvido do CLS, causando grande hiato em um grupo tão pequeno. Esta situação expôs com ainda mais clareza a fragilidade em trabalharmos com um grupo tão seletivo e específico num momento de criação de identidade comunitária, no qual é fundamental o encontro de subjetividades e o desenvolvimento natural de temas e identificações em torno de situações comuns à comunidade. Conseqüentemente, um incremento na estratégia para o fortalecimento coletivo e político da comunidade se fez necessário.

O aprimoramento da proposta de intervenção na comunidade se deu, então, através da revisão histórica da idealização do próprio SUS e do processo de redemocratização do país nas décadas de 1970 e 1980. Nesse contexto, os movimentos populares, mais especificamente, as Associações de Moradores, tiveram papel fundamental na mudança social e política do país, que se concretizariam na Constituição Federal de 1988 e na idealização do SUS. Observando tais fatos históricos, a equipe de saúde do Bairro da Aparecidinha propôs a criação de uma Associação de Moradores do bairro, com amplitude suficiente para abarcar os demais temas de interesse da população e, conseqüentemente, definir uma identidade do bairro, seu território, bem como desenvolver uma discussão acerca de seus determinantes de saúde, independente da vontade política dos gestores locais. Fomentar e problematizar o controle social do SUS, educando a população em relação a seu potencial para a participação efetiva no Conselho Municipal de Saúde, assim como fortalecer o próprio CLS são objetivamente os alvos a serem alcançados. A partir desse desenvolvimento, a população terá autonomia, independência e sustentabilidade na luta pela implementação da APS no bairro, podendo este ser considerado, inclusive, como um fruto perene do PMMPB para o município.

ESTUDO DA LITERATURA

O Sistema Único de Saúde (SUS), ao longo dos mais de 30 anos de sua criação, é considerado como a mais relevante Política de Estado do Brasil, a qual promove inclusão e justiça sociais incomparáveis a qualquer outra política nacional até o presente momento. Sua construção foi e continua sendo baseada, primordialmente, no diálogo coletivo acerca das necessidades em saúde de toda a população de nosso país (BRASIL, 2011).

Sua criação ocorreu após a discussão mundial acerca de modelos de assistência à saúde, ocorrida na Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, realizada em Alma-Ata, no Cazaquistão, em 1978. O documento publicado ao final desse evento, a Carta de Alma-Ata, repercutiu intensamente em nosso país, que se apresentava em meio a um momento histórico repleto de movimentos coletivos, os quais lutavam por mudanças políticas e por redemocratização em decorrência da ditadura militar vigente. No campo da saúde, movimentos populares orientados por intelectuais, sindicalistas, universitários, profissionais de saúde e demais líderes políticos exigiam atenção à saúde mais abrangente, universal e igualitária, fato que confrontava diretamente o modelo médico assistencial privatista vigente, o qual posteriormente, acabou sucumbindo com a consolidação da Constituição Federal de 1988 e com a posterior criação do SUS, através da Lei 8080/90. (SOUZA, 2010).

Com sua implementação política, foram iniciadas as experiências práticas de exercício dos princípios do SUS nos mais diversos âmbitos assistenciais da saúde pública e no vasto território nacional, sendo conseqüentemente acumulados sucessos e fracassos. Foi nesse momento, em 1991, que o Ministério da Saúde implementou oficialmente o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), que teve início no fim da década de 1980 em algumas áreas do Nordeste, com vistas a buscar alternativas para melhorar as condições de saúde de suas comunidades. Os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) eram uma nova categoria de trabalhadores, formada pela e para a própria comunidade, atuando e fazendo parte da saúde prestada nas localidades. Tinham, entre outras incumbências, o objetivo de orientar a população nos combates contra os principais agravos à saúde nesses locais, como a mortalidade materna e a infantil (GUEDES, 2011).

A partir da avaliação da qualidade e da efetividade do PACS pelo Ministério da Saúde, foi proposto em 1994 a implementação o Programa de Saúde da Família (PSF) como política pública de saúde. Este Programa utilizava da experiência do PACS: associava o ACS a uma equipe de saúde, provocando uma mudança significativa no processo de atenção à saúde. Sucedeu-se, então, a consolidação do PSF como modelo de atenção à saúde no país, em decorrência de seus bons resultados dentro da realidade brasileira. Esse fato elevou o modelo à categoria de estratégia oficial de organização da saúde no SUS, tendo conseqüentemente alterada sua denominação para Estratégia de Saúde da Família (ESF) (GUEDES, 2011).

Dessa forma, a ESF foi implementada nacionalmente como um caminho em direção à reorientação do modelo assistencial vigente, modificando sua estrutura hospitalocêntrica emédico-assistencialista. A mudança proposta tinha como fundamento o trabalho de equipes multiprofissionais em unidades básicas de saúde, o que viria a modificar tanto a base como a referência do cuidado. Nesse novo modelo, as equipes de saúde como um todo seriam responsáveis pelo acompanhamento de uma “população adscrita” ao seu serviço, mediante

ações de promoção da saúde, prevenção, recuperação e reabilitação de doenças e de agravos mais frequentes. Para tanto, a vinculação da população à equipe de ESF deve se dar através do pertencimento a uma área geográfica delimitada, o que possibilita a caracterização de um território em saúde. (SANTOS, 2010).

Fica evidente, portanto, que a definição de território adstrito se apresenta como estratégia central na organização da Atenção Primária à Saúde (APS). É através dessa caracterização que se procura reorganizar o processo de trabalho em saúde; por intermédio de sua caracterização e compreensão profundas, se tornam possíveis ações de promoção, prevenção e atenção à saúde. De acordo com Figueiredo (2012), seu estudo proporciona, ainda, que gestores, profissionais e usuários do SUS compreendam a dinâmica dos lugares e dos sujeitos (individual e coletivo), expondo desigualdades sociais e as iniquidades em saúde. A autora aponta, também, que é a noção de território que define em si a adstrição dos usuários, dando condições para o exercício de relações de vínculo, afetividade e confiança entre a comunidade e a equipe de saúde. É só através do vínculo que estes profissionais passam a ser referência para o cuidado, garantindo que haja continuidade das ações de saúde, com enfoque na resolutividade e na longitudinalidade do cuidado.

Porém, desde sua implementação, a ESF apresenta inúmeros desafios para sua consolidação em diversos municípios brasileiros. Muitas vezes, sua atividade plena e equânime deixa de acontecer por um desalinhamento dos profissionais da equipe com a proposta da APS, pelas más condições de trabalho ou, ainda, pela má gestão do serviço. Nesse sentido vale destacar que em diversos locais é recorrente a cobrança sobre as equipes de saúde para que realizem grande volume de atendimentos e atividades meramente curativas, em detrimento das ações preventivas, ou promotoras de saúde. O aparente intuito dessas ações políticas é eleitoreiro, uma vez que o aumento do número de atendimentos é comumente visto como uma suposta ação positiva dos políticos no local, sendo exibido como sinal de eficiência e exposto em campanhas eleitorais (SOUZA, 2010).

Ainda de acordo com Souza (2010), soma-se ao exposto o fato de que as ações assistenciais e “curativistas” são muito valorizadas pela população em geral. As consultas médicas, principalmente aquelas que culminam com a prescrição de medicamentos são, geralmente, o objetivo dos pacientes ao procurarem a unidade de saúde. Nota-se que as ações de prevenção e promoção de saúde ainda não são vistas por boa parte da população como tendo relevância, ou são percebidas como menos importantes.

É nesse ambiente de conflitos de interesses, dominado pelas disputas pelo poder local, que se dá a efetivação da APS no Brasil, visto que a descentralização do controle do SUS é preconizada por sua própria Lei de criação. Esse processo envolve a transferência de serviços, responsabilidades, poder e recursos da esfera federal para a municipal, que é, ao final, a executora da APS no país. A Lei Orgânica da Saúde, Lei nº 8.080/90, seguida pelas Normas Operacionais Básicas (NOBS) são claras ao disporem sobre as competências e funções da União, Estados e Municípios na organização e manutenção dos serviços correspondentes. Entretanto, conforme afirmam Viana e colaboradores (2002) *apud* Souza (2010), as análises sobre o processo recente de descentralização apontam, na área social, e, em específico, na saúde, a tendência das variáveis microinstitucionais (poderes locais) responderem de forma mais direta pelo insucesso de determinadas políticas.

A orientação legislativa do SUS, no entanto, também dispõe sobre o contrapeso ao

poder público no planejamento, organização e execução das ações em saúde em todas as esferas do governo através da Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Essa Lei entrega a própria população o poder de participar diretamente da gestão do SUS, sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde, sendo, sobretudo, um poder popular e deliberativo (SOUZA, 2010). Fica claro, portanto, que a legislação nacional prevê o controle social como ferramenta básica para a construção democrática, concreta e coerente do SUS, tendo nos Conselhos e Conferências de Saúde os principais espaços para a execução e exercício deste controle. Nesses espaços são explicitadas as necessidades e realizadas discussões e deliberações acerca da implementação das políticas de saúde nas três instâncias públicas, municipal, estadual e federal (ROLIM e cols, 2013).

Entretanto, de acordo com o Cotta (2011), neste ponto encontramos mais um grave obstáculo para a construção equilibrada e efetiva do SUS, que é prevista por Lei e que se dá através da ponderação entre o poder público e o controle popular: em boa parte dos rincões do país a participação do povo neste controle simplesmente não existe nem se mostra possível, em virtude do fato de que não há em nossa população uma cultura de participação na política. É histórica a falta de vontade governamental em educar a população em nosso país, principalmente no que diz respeito ao controle político. Dessa forma, o desinteresse em educar a população em direção ao controle social do SUS é praticamente estratégico do ponto de vista de muitos gestores municipais. É claro, também, que os limites para o processo de participação popular não se dão apenas por falta de infraestrutura e recursos, mas dependem sobremaneira do acúmulo de experiências bem sucedidas de união e cooperação entre os cidadãos e o Estado, com o intuito de construir o bem coletivo através de ações que fortaleçam a confiança mútua entre políticos e sociedade.

Avançando na compreensão do processo de desenvolvimento do controle social, com vistas a transpor a barreira exposta acima, de acordo com Rolim e cols (2013), o referido controle se dá através da prática do cidadão, que pode executar sua atividade de controle de modo formal ou não. A maneira protocolar se dá de forma institucionalizada, através da participação regulamentada por Lei, nos Conselhos e Conferências de Saúde, nos quais os cidadãos se apresentam como representantes de instituições ou entidades. Para tanto, primeiramente é necessário que o cidadão tenha conhecimento mínimo de seus direitos como usuário do SUS, bem como tenha noção de coletividade e força representativa, o que é sabidamente difícil na maioria dos municípios do país. Contudo, a via informal do exercício do controle social, se mostra primária para essa população, ocorrendo de forma não institucionalizada e em praticamente toda e qualquer atividade de saúde, desde as mais individuais, com uma consulta médica, até as mais coletivas e educativas, como grupos de educação ou reuniões para discussão de temas em saúde (ROLIM e cols, 2013). Nesse sentido, o incentivo e a conscientização do indivíduo sobre seus direitos e a promoção de sua identificação com a coletividade do bairro podem ser gatilhos para o início de um processo de politização e participação no controle social do SUS.

Observando a história e o contexto político que originou o debate acerca da construção do SUS, retornamos à década de 1970, na qual os movimentos sociais urbanos, eclodiram como via régia para o diálogo com o Estado, em um contexto no qual a comunidade se mobilizou pela necessidade do bem comum, a despeito de preparo prévio para tal. Esses movimentos se deram através da criação de conselhos comunitários, bem como através de uma grande miríade de projetos e estratégias, entre as quais se destacam

as Associações de Moradores (SOUSA, 2011).

Conforme aponta Sousa (2011), essas organizações populares se levantam como uma nova forma de fazer política, desassociadas das estruturas oficiais do Estado. A motivação para sua articulação era calcada no interesse comum em solucionar os problemas cotidianos dos bairros. Nesse sentido, Luckmann e Alves *apud* Sousa (2011) afirmam que:

“Os movimentos comunitários constituíram-se a partir da identidade de moradores, na luta ou reivindicação por melhorias urbanas em seus bairros ou municípios. Um elemento comum a esses movimentos era o seu caráter de autonomia perante a política institucional (estado e partido)” (p. 45)

Sousa (2011) afirma que o contexto histórico e a relação entre a comunidade e o poder público influencia diretamente a experiência do associativismo, pois, em sua maioria, as associações se dão por pessoas que agrupam na luta por seus direitos.

Se espera, ainda, que as associações, notadamente as de moradores do mesmo bairro, incitem a formação de uma identidade coletiva, erigida através da troca de experiências, com a criação de novos valores e com a diversidade de sujeitos, tendo suas identidades firmadas como consequência de sua influência mútua em ações de reconhecimento entre os indivíduos. A proposta de soluções e a prática política não institucionalizada deve promover a identificação dos indivíduos em torno de problemas comuns, ao mesmo tempo que enseja a concomitante reivindicação de mudanças em espaços políticos oficiais (Sousa, 2011). De acordo com o Cotta (2011), a partir da consolidação de uma identidade entre os cidadãos, a dimensão coletiva passaria a ter maior relevância na comunidade, levando ao plano prático questões públicas, o que motivaria o trabalho em prol da melhoria das condições de vida de toda a comunidade. É digno de nota que, ao se tratar de uma Associação de Moradores, o território do bairro em questão se mostra como o elemento organizador, fortalecendo, também, a própria noção de território da população.

Frente ao potencial transformador discutido, as Associações de Moradores podem ser reconsideradas em seu papel como organizações capazes de fomentar propostas no campo das políticas públicas de saúde, mantendo a vocação política pela qual foi formada, que é a defesa dos interesses coletivos da comunidade (SOUSA, 2011).

AÇÕES

- ♦ Propor a criação de um Conselho Local de Saúde, com vistas a promover educação em saúde e fornecer informações para que os moradores atuem no Controle Social de SUS no município.
- ♦ Propor e organizar a criação de uma Associação de Moradores do Bairro da Aparecidinha, através da convocação de moradores com influência no local, já mapeados previamente durante a criação do Conselho Local de Saúde do Bairro.
- ♦ Discutir a importância da territorialização na APS, bem como orientar a população para que se vinculem as equipes mais próximas de suas residências, cobrando da gestão municipal uma definição geográfica satisfatória nesse sentido.
- ♦ Fomentar discussões acerca do Controle Social do SUS, capacitando os mesmos, na medida em que os moradores tomem consciência, para posterior participação do Conselho Municipal de Saúde

RESULTADOS ESPERADOS

- ♦ Promover ampla discussão e problematização acerca do Controle Social e do desenvolvimento do SUS no Bairro da Aparecidinha, através da criação e capacitação de uma Associação de Moradores do Bairro.
- ♦ Criação de um Conselho Local de Saúde na localidade.
- ♦ Criação de uma Associação de Moradores do Bairro da Aparecidinha.
- ♦ Construir e exercitar a formação de uma identidade social do bairro, através das reuniões, discussões sobre necessidades comuns, e do próprio movimento da Associação dos Moradores.
- ♦ Preparar membros da Associação de Bairro para atuação no Conselho Municipal de Saúde.
- ♦ Promover, através da capacitação da população do Bairro da Aparecidinha, uma discussão político-administrativa sobre a implementação da ESF como estratégia oficial de saúde no município e sobre a necessidade de territorialização adequada das unidades de saúde do município.
- ♦ Manter os benefícios do PMMPB no bairro, além da mera assistência médica.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Sistema Único de Saúde / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. – Brasília : CONASS, 2011. 291 p. (Coleção Para Entender a Gestão do SUS 2011, 1). Available from: <

http://www.conass.org.br/bibliotecav3/pdfs/colecao2011/livro_1.pdf>

COTTA, Rosângela Minardi Mitre et al . O controle social em cena: refletindo sobre a participação popular no contexto dos Conselhos de Saúde. **Physis**, Rio de Janeiro , v. 21, n. 3, p. 1121-1138, 2011 . Available

from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312011000300019&lng=en&nrm=iso>. access on 20 May 2020. <https://doi.org/10.1590/S0103-73312011000300019>.

FIGUEIREDO, Elisabeth Niglio. A Estratégia Saúde da Família na Atenção Básica do SUS. Recurso educacional aberto. Universidade Federal de São Paulo - UNA-SUS/UNIFESP. 2012. Available from:

<

https://www.unasus.unifesp.br/biblioteca_virtual/esf/2/unidades_conteudos/unidade05/unidade05.pdf>. access on 20 May 2020.

GUEDES, Jose da Silva; SANTOS, Rosa Maria Barros dos; DI LORENZO, Rosicler A. Viegas. A implantação do Programa de Saúde da Família (PSF) no Estado de São Paulo (1995-2002). **Saude soc.**, São Paulo , v. 20, n. 4, p. 875-883, Dec. 2011 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902011000400006&lng=en&nrm=iso>. access on 20 May 2020. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902011000400006>.

ROLIM, Leonardo Barbosa; CRUZ, Rachel de Sá Barreto Luna Callou; SAMPAIO, Karla Jimena Araújo de Jesus. Participação popular e o controle social como diretriz do SUS: uma revisão narrativa. **Saúde debate**, Rio de Janeiro , v. 37, n. 96, p. 139-147, Mar. 2013 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042013000100016&lng=en&nrm=iso>. access on 26 May 2020. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-11042013000100016>.

SANTOS, Alexandre Lima; RIGOTTO, Raquel Maria. Território e territorialização: incorporando as relações produção, trabalho, ambiente e saúde na atenção básica à saúde. **Trab. educ. saúde (Online)**, Rio de Janeiro , v. 8, n. 3, p. 387-406, Nov. 2010 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462010000300003&lng=en&nrm=iso>. access on 20 May 2020. <https://doi.org/10.1590/S1981-77462010000300003>.

SOUSA, Maria José Rodrigues. Associativismo urbano: o protagonismo das Associações de Moradores na contemporaneidade. **Dissertação de Mestrado**. Universidade Federal de Pernambuco. Recife. 2011. Available from <https://repositorio.ufpe.br/bitstream/123456789/9742/1/arquivo6509_1.pdf>. access on 20 May 2020.

SOUZA, Georgia Costa de Araújo; COSTA, Iris do Céu Clara. O SUS nos seus 20 anos: reflexões num contexto de mudanças. **Saude soc.**, São Paulo , v. 19, n. 3, p. 509-517,

Sept. 2010 . Available from

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902010000300004&lng=en&nrm=iso>. access on 20 May 2020.

<http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902010000300004>.