



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO CARIRI
CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS APLICADAS - CCSA
CURSO DE ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA: GESTÃO PÚBLICA E SOCIAL**

ANTONIO JOELMIR PINHO

**DIREITO À SAÚDE: UM OLHAR SOBRE O SUS EM COMUNIDADES RURAIS DO
CARIRI CEARENSE**

**JUAZEIRO DO NORTE
2016**

ANTONIO JOELMIR PINHO

**DIREITO À SAÚDE: UM OLHAR SOBRE O SUS EM COMUNIDADES RURAIS DO
CARIRI CEARENSE**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado como requisito parcial para obtenção do título de graduado em Administração Pública: Gestão Pública e Social; Centro de Ciências Sociais Aplicadas (CCSA) da Universidade Federal do Cariri (UFCA).

Orientador: Francisco José da Silva

**JUAZEIRO DO NORTE
2016**

ANTONIO JOELMIR PINHO

**DIREITO À SAÚDE: UM OLHAR SOBRE O SUS EM COMUNIDADES RURAIS DO
CARIRI CEARENSE**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado como requisito parcial para obtenção do título de graduado em Administração Pública: Gestão Pública e Social; Centro de Ciências Sociais Aplicadas (CCSA) da Universidade Federal do Cariri (UFCA).

Aprovado em 20/07/2016

BANCA EXAMINADORA:

Prof. Ms. Francisco José da Silva (Orientador)
Universidade Federal do Cariri – UFCA

Prof. Ms. Geovani de Oliveira Tavares
Universidade Federal do Cariri – UFCA

Prof. Dr. Eduardo Vivian Cunha
Universidade Federal do Cariri – UFCA

À memória de meu pai Jacó, expressão plena da sabedoria das gentes do nosso sertão e com quem aprendi a olhar o mundo sem pressa e a contemplá-lo a partir das coisas mais simples.

À minha mãe Maria pela capacidade de alimentar aos muitos filhos e filhas e a tantos quantos chegassem com o pouco que a mãe Terra e o trabalho honesto sempre nos ofereceram. Com ela aprendi que quando o coração é generoso, a fartura sempre se faz presente.

Aos meus irmãos e minhas irmãs de sangue, pela capacidade de respeitarem, cada um/a a seu modo, minha inquietude, minha rebeldia e meu espírito libertário. Com eles e elas aprendi que o amor pode se fazer presente também na divergência, que não é sinônimo de discórdia.

À Socorro, companheira de mais de duas décadas, e a Vinícius e Walesvick, filhos e amigos especiais, pela cumplicidade, pelo incentivo a prosseguir, pela disposição para viverem comigo muitas das minhas utopias. Sem essa cumplicidade a jornada até aqui não teria sido tão cheia de alegrias. Com vocês aprendi a importância da celebração e o sentido da fé, não importando o porto onde a ancoramos.

Aos irmãos/as de jornada na luta em favor do bem comum e do bem viver. São tantos que é impossível nominá-los aqui. Mas, de modo especial, aos irmãos e irmãs de jornada na luta pelo direito à terra para morar e plantar. Minha graduação/faculdade começou há quase três décadas, na convivência diária com todos/as vocês.

A todos/as os/as colegas de turma (hoje amigos/as) pela generosidade, respeito e convivência tão recheada de afetos e aprendizagens. Somos todos fazedores de uma outra percepção de mundo e de universidade. O curso de Administração Pública da UFCa terá sempre a nossa marca pioneira. De vocês todos/as levarei sempre a memória da persistência. Mesmo aqueles e aquelas que não chegaram ao final do curso, sei que foram até onde lhes era possível ir.

A todos/as das vinte comunidades rurais do Cariri Oeste com quem convivi durante o período de realização da pesquisa. Que eu possa honrar suas confianças e que voltemos a nos encontrar em breve, irmanados na luta diária por dias melhores. Que a vida prevaleça!

AGRADECIMENTOS

Ao amigo Francisco José da Silva (Franzé) pela orientação durante a escrita do presente trabalho e, de modo especial, pela sua capacidade de acolhimento e respeito às ideias e opiniões, sem descuidar da crítica pertinente e do rigor necessário à produção acadêmica de qualidade.

Aos amigos Geovani de Oliveira Tavares e Eduardo Vivian Cunha minha gratidão pelas leituras cuidadosas e atentas e pelas valiosas contribuições como membros da banca examinadora.

À equipe do IICA no Brasil e, de modo particular, ao amigo Carlos Miranda, pelo convite para compor a equipe de consultoria do Projeto Inclusão na Agricultura e nos Territórios Rurais.

Às amigas Roberta Piancó e Ana Paula Rodrigues, parceiras de consultoria, agradeço pela agradável e rica convivência durante nossa jornada nas idas e vindas às comunidades rurais do Cariri Oeste e no processo de sistematização e escrita do material apresentado ao IICA.

Minha gratidão à generosidade e atenção de Mario Alexander Moreno Ordoñez (IICA Colômbia), pela tradução do Resumo do presente trabalho para o espanhol.

Agradeço, de modo especial, à amiga Valéria Giannella, pelas frequentes trocas de ideias para além do presente trabalho, pela cumplicidade de sonhos, pelas animadoras conversas sobre outra perspectiva epistemológica e pela parceria em vários projetos.

À amiga e bibliotecária, Ângela Abreu, pela pronta ajuda e pelo tempo dedicado a normalização do presente trabalho, tarefa com a qual pouco dialogo, por razões diversas.

“Como educador preciso ir lendo, cada vez melhor a leitura do mundo que os populares com quem trabalho fazem de seu contexto imediato e do maior de que o seu é parte”.

Paulo Freire

RESUMO

Informação é poder? Essa velha pergunta permeará todo esse trabalho, mesmo não aparecendo de forma explícita em grande parte dele. Contudo, à medida que buscamos entender um pouco melhor as relações entre acesso a informação e direito à saúde envolvendo, sobretudo, os governos locais e comunidades rurais, no nosso caso específico, comunidades rurais dos dez municípios do microterritório Cariri Oeste, no sul do Ceará, vamos percebendo o quanto a escassez ou a ausência do acesso à informação dialoga com a violação ou a negação de direitos dos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) nessas comunidades. Ao mesmo tempo, os diálogos com as comunidades visitadas, principalmente durante as rodas de conversa, foram reveladores do quanto a ausência dessa informação afeta a capacidade de mobilização e pressão política das comunidades rurais pesquisadas na busca por direitos fundamentais como acesso à saúde, por exemplo. Assim, vai se evidenciando que não apenas o acesso à informação pode se constituir instrumento de poder coletivo/comunitário, mas sua negação ou “privatização” nas mãos de poucos pode alimentar outras formas de poder: marcadas pela dominação e pela negação de direitos ou transformação dos mesmos em moeda de troca eleitoral e/ou favor pessoal. Mas vale lembrar que, em plena era da informação, tão ou mais importante quanto o acesso à informação é a capacidade de usá-la como ferramenta de poder. O presente trabalho parte dessas questões para, ao final, apontar possibilidades de fortalecimento da participação cidadã e de ampliação de direitos a partir da democratização do acesso à informação.

Palavras-chave: SUS. Saúde. Acesso à informação. Políticas públicas.

RESUMEN

La información es poder? Esta vieja pregunta impregna este trabajo, aunque no aparece explícitamente en buena parte de él. Sin embargo, en la medida en que tratamos de entender un poco mejor la relación entre el acceso a la información y derecho a la salud y que implica esto principalmente para los gobiernos locales y las comunidades rurales, en nuestro caso, las comunidades rurales de los diez municipios de microterritorio Cariri oeste en el sur de Ceará, nos damos cuenta de la estrecha relación entre la escasez o falta de acceso a la información y la violación o negación de los derechos de los usuarios del Sistema Único de Salud (SUS) en estas comunidades. Al mismo tiempo, el diálogo con las comunidades visitadas, especialmente durante las rondas de conversaciones, revelaron lo mucho que la ausencia de esta información afecta a la capacidad de movilización y presión política de las comunidades rurales encuestadas, en la búsqueda de acceder a sus derechos fundamentales, como el acceso a la salud, por ejemplo, Así se muestra no sólo que el acceso a la información puede constituir en un instrumento de poder colectivo / comunitario, sino que su negación o "concentración" en unas pocas manos puede alimentar otras formas de poder, marcadas por la dominación y la negación de los derechos o la conversión en de estos moneda de cambio electoral y / o favores personales. Pero vale la pena recordar que, en plena era de la información, tan importante como el acceso a la información es la posibilidad de utilizarlo como una herramienta de poder. El presente trabajo parte de estas hipótesis, para al final, señalar algunas posibilidades de fortalecer la participación ciudadana y la ampliación de los derechos a partir de la democratización del acceso a la información.

Palabras clave: SUS. Salud. Acceso a la información. Políticas públicas.

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Comunidades Visitadas	15
Gráfico 2 – Percentual da População vivendo em condição de extrema pobreza, nos municípios do Cariri Oeste	23
Gráfico 3 – Coeficiente Geral de Mortalidade por município do Cariri Oeste	25
Gráfico 4 – Taxa de Mortalidade Infantil por município do Cariri Oeste.....	26
Gráfico 5 – Volume de recursos transferidos do Fundo Nacional de Saúde.....	27
Gráfico 6 – Estruturas elementares das políticas públicas	34
Gráfico 7 – Síntese das principais características da cultura do segredo e de acesso	47

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Roda de Conversa na comunidade de Arrudas, em Araripe	17
Figura 2 – Roda de Conversa na comunidade de Cajazeiras dos Sampaivos, em Tarrafas	19
Figura 3 – Atividade com participantes da Roda de Conversa na comunidade de Arapuca, em Salitre.....	20
Figura 4 – Mapa do Cariri Cearense.....	21
Figura 5 – Roda de Conversa na comunidade de Chapada dos Romeiros, em Altaneira	36
Figura 6 – Representação gráfica para o ciclo dados/informação/conhecimento/poder	41
Figura 7 – Histórico de normativos que ampliaram o acesso à informação no Brasil	43
Figura 8 – Tela de acesso ao portal saúde com mais transparência	45
Figura 9 – Tela de acesso ao portal da transparência do governo federal	48
Figura 10 – Composição básica do Conselho Municipal de Saúde.....	50
Figura 11 – Roda de Conversa na comunidade de Pedra da Cruz, em Antonina do Norte.....	56

LISTA DE ABREVIATURAS

SUS - Sistema Único de Saúde
OMS – Organização Mundial da Saúde
IICA - Instituto Interamericano de Cooperação para a Agricultura
URSS – União das Repúblicas Socialistas Soviéticas
CONASS – Conselho Nacional de Secretários de Saúde
CNS – Conselho Nacional de Saúde
IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
PIB – Produto Interno Bruto
DMPs – Departamentos de Medicina Preventiva
OEA – Organização dos Estados Americanos
PNHR – Programa Nacional de Habitação Rural
PAA – Programa de Aquisição de Alimentos
PNAE – Programa Nacional de Alimentação Escolar
Pronaf – Programa Nacional de Fortalecimento da Agricultura Familiar
UFPE – Universidade Federal de Pernambuco
URCA – Universidade Regional do Cariri
UFCa – Universidade Federal do Cariri
EPUCA – Escola de Políticas Públicas e Cidadania Ativa
NEDET – Núcleo de Extensão em Desenvolvimento Territorial
ATGS – Agente Territorial de Gestão Social
UNILA - Universidade Federal da Integração Latino-Americana
OPPA – Observatório de Políticas Públicas para Agricultura
ESF – Estratégia de Saúde da Família
ACS - Agentes Comunitários de Saúde
IPECE – Instituto de Pesquisa e Estratégia Econômica do Ceará
ACB – Associação Cristã de Base
IDH – Índice de Desenvolvimento Humano
CRES – Coordenadoria Regional de Saúde
CGM – Coeficiente Geral de Mortalidade
TMI – Taxa de Mortalidade Infantil
TICs – Tecnologias da Informação e Comunicação
LRF – Lei de Responsabilidade Fiscal
ICICT – Informação Científica e Tecnológica em Saúde
Fiocruz – Fundação Oswaldo Cruz
ALE-AM – Assembleia Legislativa do Estado do Amazonas
CMM – Câmara Municipal de Manaus PR – Paraná
INCRA – Instituto Nacional de Colonização e Reforma Agrária

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	12
1 O PERCURSO E O CHÃO	14
1.1 Os pontos de partida e de chegada.....	14
1.2 Sobre rodas de conversa	18
1.3 Visitando o Cariri cearense	21
1.4 O SUS no microterritório Cariri Oeste	24
2 PRIMEIRAS NOTAS	28
2.1 Um pouco de história.....	28
2.2 A saúde no novo arcabouço jurídico e normativo brasileiro.....	30
3 A ANCORAGEM	32
3.1 Bases teóricas e conceituais.....	32
3.1.1 Para começo de conversa, o que entendemos por Política Pública?	32
3.1.2 O Sistema Único de Saúde em resumo.....	36
3.1.3 Informação é poder?	38
3.1.4 O acesso à informação como direito.....	43
3.1.5 O acesso à informação como ponte para o direito.....	46
3.1.6 O acesso à informação como instrumento de controle social.....	49
3.1.7 O acesso à informação como elemento de poder político	51
4 CONSIDERAÇÕES FINAIS: RESULTADOS DA PESQUISA	54
4.1 A Bússola	54
4.2 Notas derradeiras: para além dos números	54
4.3 Um olhar sobre o porvir.....	57
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	59

INTRODUÇÃO

Esse trabalho de conclusão de curso apresenta um olhar sobre o Sistema Único de Saúde (SUS) em comunidades rurais do Cariri cearense, a partir da relação entre acesso à informação e direito à saúde, buscando abordar suas múltiplas configurações e conexões.

A base de sua construção foi o registro das falas dos participantes das rodas de conversa, metodologia utilizada para os diálogos com os moradores das comunidades visitadas, a pesquisa documental e o acesso a sítios oficiais na internet de instituições públicas vinculadas às políticas públicas de saúde no Brasil.

Os exercícios de leitura do contexto observado e vivenciado durante a pesquisa e de escrita do documento que agora o leitor tem em mãos partiram da **hipótese** de que **a precariedade ou ausência da oferta de serviços de saúde às populações rurais através do SUS está diretamente vinculada ao baixo nível de acesso à informação por parte dos seus usuários**, tanto em relação a seus direitos, quanto no que se refere à concepção, organização e funcionamento do Sistema, embora este não seja o único fator que contribui para a má qualidade dos serviços e a violação de direitos no campo da saúde pública no Brasil e, de modo mais específico, no território estudado.

Assim, o presente trabalho de conclusão de curso objetiva analisar a relação entre acesso à informação e direito à saúde no Sistema Único de Saúde (SUS), em vinte comunidades rurais localizadas nos dez municípios do microterritório Cariri Oeste, no sul do Ceará.

Caminhando nessa direção, o capítulo I (O percurso e o chão) é dedicado à identificação dos pontos de partida e de chegada do trabalho, que tem sua origem em uma consultoria realizada em 2015 para o Instituto Interamericano de Cooperação para a Agricultura (IICA), da qual o autor fez parte. Ainda no capítulo I o leitor será apresentado conceitualmente à metodologia da roda de conversa e, logo em seguida, ao território do Cariri, com um olhar mais específico sobre o Sistema Único de Saúde (SUS) no microterritório Cariri Oeste.

No capítulo II (Primeiras notas) é apresentado um breve histórico das políticas públicas de saúde no Brasil, em diálogo estreito com o arcabouço jurídico normativo do SUS, estabelecendo ainda breves conexões com a contribuição internacional sobre o tema, especialmente aquela nascida dos acordos e tratados liderados pela Organização Mundial de Saúde e outros organismos correlatos.

O documento tem seu capítulo III (A ancoragem) dedicado a apresentar uma base teórico-conceitual sobre temas centrais como políticas públicas, poder e acesso à informação, dedicando um espaço maior à análise das relações entre informação e poder, a partir de quatro aspectos: o acesso à informação como direito, o acesso à informação como ponte para o direito, o acesso à informação como ferramenta de participação e controle social e a informação como ferramenta de poder político.

Por fim, no quarto capítulo (Considerações finais: resultados da pesquisa) são apresentadas algumas notas derradeiras, divididas em dois tópicos: uma leitura dos aspectos mais subjetivos que permearam os encontros que nutriram o presente trabalho, em uma mirada para além dos números; e um olhar no horizonte, no porvir, identificando alguns desafios e buscando apontar algumas possibilidades de ação que conduzam a novas relações de poder, marcadas por processos dialógicos e emancipatórios.

Em última análise, o resultado do trabalho aponta na direção da urgência de se ampliar o acesso a informações sobre políticas públicas, notadamente as de saúde, junto a comunidades rurais do Cariri, como forma de ampliar a garantia de direitos e fortalecer as democracias locais.

1 O PERCURSO E O CHÃO

1.1 Os pontos de partida e de chegada

O presente trabalho tem por base os serviços de consultoria realizados por uma equipe de três pessoas¹, da qual fiz parte, dentro do escopo do projeto “Inclusão na Agricultura e nos Territórios Rurais”, uma iniciativa do Instituto Interamericano de Cooperação para a Agricultura (IICA), organismo internacional fundado em 1942, especializado em agricultura e bem-estar rural vinculado à Organização dos Estados Americanos (OEA).

O objetivo da referida consultoria, dito aqui de forma resumida, foi identificar, a partir do diálogo com moradores de comunidades rurais do Cariri, os impactos de sete programas de iniciativa do governo federal em execução nessas comunidades. São eles: Bolsa Família, Minha Casa Minha Vida Rural/Programa Nacional de Habitação Rural (PNHR), Programa de Aquisição de Alimentos (PAA), Programa Nacional de Alimentação Escolar (PNAE), Luz para Todos, Água para Todos e Programa Nacional de Fortalecimento da Agricultura Familiar (Pronaf).

Esse trabalho localizado no Cariri se somou a dois outros, também realizados sob a responsabilidade do IICA, como parte do mesmo projeto. O primeiro, escrito por Lauro Mattei², apresenta uma análise sobre “a trajetória econômica, social e política do Brasil na primeira década do Século XXI e a construção de um novo modelo de desenvolvimento”. O segundo, produzido a quatro mãos por Sílvia Aparecida Zimmermann³ e Valdemar João Wesz Júnior⁴,

¹ A equipe foi formada por Ana **Roberta Duarte Piancó**, Mestre em Geografia pela Universidade Federal de Pernambuco – UFPE com área de concentração em Regionalização e Análise Regional. Professora efetiva do Curso de Geografia da Universidade Regional do Cariri (URCA); **Ana Paula Rodrigues** da Costa, licenciada em Geografia pela Universidade Regional do Cariri – URCA (2015) e integrante do Grupo de Estudos em Geografia Agrária; e Antonio **Joelmir Pinho**, graduando do curso de Administração Pública da Universidade Federal do Cariri (UFCa), diretor geral da Escola de Políticas Públicas e Cidadania Ativa (EPUCA) e integrante da equipe do Núcleo de Extensão em Desenvolvimento Territorial (NEDET) da Universidade Federal do Cariri (Convênio MDA/CNPq/UFCa), na função de Agente Territorial de Gestão Social (ATGS).

² Professor do curso de Graduação em Economia e do Programa de Pós-Graduação em Administração, ambos da UFSC. Coordenador Geral do NECAT/UFSC e Pesquisador do OPPA/CPDA/UFRRJ.

³ Professora adjunta da Universidade Federal da Integração Latino-Americana (UNILA). Pós-doutorado pelo Observatório de Políticas Públicas para Agricultura (OPPA/CPDA/UFRRJ). Doutora de Sociologia em Desenvolvimento, Agricultura e Sociedade pela Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro (2011).

⁴ Doutor e Mestre pelo Programa de Pós-Graduação de Ciências Sociais em Desenvolvimento, Agricultura e Sociedade na Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro (CPDA/UFRRJ). Atualmente é Professor Adjunto na Universidade Federal da Integração Latino-Americana (UNILA), no curso de Desenvolvimento Rural e Segurança Alimentar. Está vinculado ao Observatório de Políticas Públicas para Agricultura (OPPA/CPDA/UFRRJ).

lança um olhar sobre os mesmos sete programas referidos anteriormente, a partir de pesquisa bibliográfica, com o objetivo de sistematizar e analisar as informações sobre os mesmos.

Especificamente no caso do Cariri, além dos sete programas indicados anteriormente, saltou aos ouvidos da equipe de consultoria as questões trazidas pelos moradores das comunidades visitadas em relação à saúde, o que acabou levando ao acolhimento das mesmas, resultando na análise de oito programas no documento entregue ao IICA pela equipe local.

O trabalho no Cariri foi desenvolvido no segundo semestre de 2015, junto a vinte comunidades rurais dos dez municípios do microterritório Cariri Oeste, no sul do Ceará, tendo por base metodológica a realização de rodas de conversa em cada uma das 20 comunidades ou grupos de comunidades participantes do projeto. O quadro abaixo apresenta as vinte comunidades ou grupos de comunidades visitadas, agrupadas por município:

Gráfico 1 – Comunidades Visitadas

MUNICÍPIO	COMUNIDADES	MUNICÍPIO	COMUNIDADES
Altaneira	Chapada dos Romeiros e Córrego	Nova Olinda	Zabelê I e Zabelê II
Antonina do Norte	Conceição e Pedra da Cruz	Potengi	Carcará e Catolé
Araripe	Serra da Perua e Arruda	Salitre	Arapuca e Serra dos Chagas
Assaré	Jatobá/Areia/Tamboril e Serrinha dos Amâncios	Santana do Cariri	Pimenteira e Boqueirão
Campos Sales	Lagoa Coberta e Lagoa do Carmo	Tarrafas	Boa Vista e Cajazeiras dos Sampaio

Fonte: Elaborada pelo autor

Além disso, para a produção do presente trabalho de conclusão de curso foram realizadas pesquisas bibliográficas/documentais e levantamento de informações e dados estatísticos junto a sítios oficiais de instituições públicas ligadas à área da saúde na internet.

Feita essa breve localização do trabalho no marco institucional, no tempo e no espaço, buscarei nas próximas páginas apontar as conexões estabelecidas entre o trabalho de consultoria realizado para o IICA e o olhar sobre a saúde trazido no presente trabalho.

Em 2006 o Ministério da Saúde publicou a “Carta dos direitos dos usuários da saúde”, um material didático que ganhou uma versão ilustrada, que explicita de forma clara e direta os principais direitos e deveres dos usuários da saúde, especialmente no SUS. A carta foi aprovada no Conselho Nacional de Saúde (CNS) em junho de 2009, e publicada na Portaria nº 1.820, de 13 de agosto de 2009. O art. 4º da mencionada Portaria (BRASIL, 2009)⁵ estabelece que “Toda pessoa tem direito ao atendimento humanizado e acolhedor, realizado por

⁵ Disponível em http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt1820_13_08_2009.html

profissionais qualificados, em ambiente limpo, confortável e acessível a todos”. A mesma Portaria assegura ao usuário o direito à integridade física, à privacidade e ao conforto e à individualidade nas consultas, nos procedimentos diagnósticos, preventivos, cirúrgicos, terapêuticos e internações.

O artigo 7º da Portaria (BRASIL, 2009) que transforma em norma a Carta aprovada pelo CNS em 2009, estabelece que “toda pessoa tem direito à informação sobre os serviços de saúde e aos diversos mecanismos de participação”, o que inclui a informação, com linguagem e meios de comunicação adequados, sobre o direito à saúde, o funcionamento dos serviços de saúde e sobre o SUS, além dos mecanismos de participação da sociedade na formulação, acompanhamento e fiscalização das políticas e da gestão do Sistema.

O mesmo instrumento assegura ao usuário a não-limitação de acesso aos serviços de saúde por barreiras físicas, tecnológicas e de comunicação. E mais: “A espera por atendimento em lugares protegidos, limpos e ventilados, tendo à sua disposição água potável e sanitários, e devendo os serviços de saúde se organizarem de tal forma que seja evitada a demora nas filas.” (BRASIL, 2009, Portaria Nº 1.820, Art. 4º, XVI).

Contudo, durante as rodas de conversa que trouxeram os elementos fomentadores do presente trabalho e sobre as quais trataremos mais adiante, ouvimos vários relatos dando conta de atendimento pelas equipes da Estratégia Saúde da Família em condições precárias ou insalubres.

As falas dos participantes dos vinte encontros realizados trazem um misto de avaliação e denúncia sobre questões que vão desde a descontinuidade dos serviços de atenção básica e a carência de exames e medicamentos, até o uso de critérios “políticos” para autorização de exames contemplados pelo Sistema Único de Saúde, gerando relações de dependência e troca de favor político ou pessoal com os recursos do SUS.

“O SUS vai de mal a pior [...]. Não tem posto de saúde, quando o doutor vem tem que o professor sair da sala [...]. Até o pré-natal eu já fiz deitada aqui no chão (referindo-se ao chão da sala de aula onde geralmente acontece o atendimento médico).”

(Falas de três moradoras da comunidade de Serrinha dos Amâncios, em Assaré/CE)

Além dos problemas de gestão, várias falas remetem à má qualidade no atendimento, ocasionada, dentre outras coisas, por “despreparo ou falta de compromisso de alguns profissionais”, nas palavras de um dos participantes das rodas de conversa.

No caso da comunidade quilombola de Arrudas, em Araripe, o atendimento médico se dá uma vez por mês na comunidade (na sede da associação). Para atendimentos em outros

“Quando a gente chega ‘pra se receitar’ ele (o médico) já tá com a receita pronta. Ele só coloca as ‘grama’ e o nome da pessoa [...]. Eu fui me receitar e já ‘tava’ pronta (a receita).”

(Fala de moradora da comunidade de Zabelê I, em Nova Olinda/CE.)

dias, os usuários do SUS precisam se deslocar até a unidade de saúde da Estratégia de Saúde da Família (ESF) localizada no distrito de Pajeú, distante 6 km de Arrudas. Porém, segundo os participantes da roda de conversa, nessa unidade só são atendidas 15 pessoas por dia e para outros atendimentos a população é encaminhada para a sede do município. Ainda segundo os participantes do encontro, quando necessitam de ambulância para casos urgentes são atendidos, mas, por outro lado, alguns exames solicitados pelos médicos chegam a passar até 6 meses para serem feitos.

Figura 1 - Roda de Conversa na comunidade de Arrudas, em Araripe



Foto: Ana Paula Rodrigues

Essa realidade está presente, em maior ou menor grau de dificuldade, na quase totalidade das comunidades visitadas. Na comunidade de Serrinha dos Amâncios, em Assaré, o atendimento médico na própria comunidade acontece apenas duas vezes ao mês e “para ter acesso ao posto de saúde ou a medicamentos é preciso se deslocar para a comunidade de Varjota”, distante 37 km. É o que revela a fala de uma moradora da comunidade.

O cenário descrito de forma resumida anteriormente, especialmente nos recortes das falas dos participantes das rodas de conversa, acaba se tornando um campo fértil para as intermediações políticas que transformam o direito fundamental de acesso a serviços básicos de saúde, especialmente atendimentos com especialistas, exames e medicamentos, em moeda

de troca. Em várias comunidades surgiu a referência a essa prática, já naturalizada, tanto pelos agentes públicos, quanto pela população.

Por outro lado, quando perguntados sobre o conhecimento dos seus direitos e deveres como usuários do SUS, a grande maioria dos participantes das rodas de conversa afirmou que não os conhecem ou que os conhecem vagamente. As exceções foram as falas de alguns Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e de alguns poucos dirigentes de organizações locais como associações de produtores e de moradores e entidades sindicais, sendo esse acesso a informação tomado, por muitos, como privilégio ou mérito pessoal e não como decorrência de um direito que deveria alcançar a todos, indistintamente.

Todos esses elementos nos dão munição para o levantamento da hipótese apresentada no texto introdutório ao presente trabalho: a precariedade ou ausência da oferta de serviços de saúde às populações rurais através do SUS está diretamente vinculada ao baixo nível de acesso à informação por parte dos seus usuários.

1.2 Sobre rodas de conversa

Conforme destacam MOURA; LIMA (2014), “a roda de conversa é, no âmbito da pesquisa narrativa, uma forma de produzir dados em que o pesquisador se insere como sujeito da pesquisa pela participação na conversa e, ao mesmo tempo, produz dados para discussão”. Para as autoras:

A conversa é um espaço de formação, de troca de experiências, de confraternização, de desabafo, muda caminhos, forja opiniões, razão por que a Roda de Conversa surge como uma forma de reviver o prazer da troca e de produzir dados ricos em conteúdo e significado [...]. No contexto da Roda de Conversa, o diálogo é um momento singular de partilha, uma vez que pressupõe um exercício de escuta e fala. As colocações de cada participante são construídas a partir da interação com o outro, sejam para complementar, discordar, sejam para concordar com a fala imediatamente anterior. Conversar, nesta acepção, remete à compreensão de mais profundidade, de mais reflexão, assim como de ponderação, no sentido de melhor percepção, de franco compartilhamento. (MOURA; LIMA, 2014, p. 98)

Em virtude do exíguo tempo para realização da consultoria que deu origem ao presente documento e às particularidades de cada grupo/comunidade visitada, a equipe optou por tomar por referência a filosofia da roda de conversa, sem contudo se prender ao fiel cumprimento das etapas constantes do roteiro inicial de trabalho, nascido de uma atividade conjunta de planejamento pedagógico entre as três pessoas envolvidas diretamente no processo de realização das rodas de conversa que se seguiram a esse momento.

Assim, cada encontro teve seu próprio percurso, o que também exigiu da equipe uma boa dose de criatividade e improviso, sem perder de vista os objetivos do Projeto Inclusão no microterritório Cariri Oeste e o compromisso com o processo de escuta e de diálogo. Também foram determinantes do caminho e do jeito de caminhar de cada encontro, aspectos como local das atividades, disponibilidade de tempo dos participantes e nível de conhecimento prévio dos mesmos sobre as temáticas colocadas na roda, apenas para citar algumas questões.

Os encontros tiveram duração média de três horas cada e as atividades se deram em ambientes que foram desde escolas e sedes de associações, a salas e alpendres de casas de particulares, espaço cedido por dono de bar e sombras de árvores.

Figura 2 - Roda de Conversa na comunidade de Cajazeiras dos Sampaio, em Tarrafas



Foto: Ana Paula Rodrigues

Em muitos casos, à medida que identificavam as políticas públicas, programas e projetos presentes ou ausentes na comunidade, os participantes já iam emitindo impressões sobre as mesmas, seus aspectos positivos e desafios ou entraves. Vez ou outra fez-se necessária a participação mais direta da equipe de consultoria para esclarecer questões específicas desta ou daquela política pública e trazer algumas informações que contribuíssem para melhorar a compreensão e qualificar a avaliação por parte da comunidade.

Numa cultura política profundamente marcada pela negação do direito à fala, à expressão de pensamentos e opiniões, o silêncio – que também comunica – é o que quase sempre prevalece. Ainda mais quando estamos diante de estranhos, de pessoas a quem julgamos superiores a nós em conhecimento e informação. Nesse momento a herança colonialista tende

a se impor na relação, deixando transparente quem assume os papéis tradicionais de colonizador e de colonizado.

A roda de conversa, seja por sua formação espacial circular, seja por estimular de forma harmônica a fala e a escuta, ou ainda pela valorização de todas as formas de conhecimento, permite a superação dos limites apresentados acima e facilita o encontro, quer pela fala, quer pelo olhar, pelo gesto de concordância ou discordância, ou ainda pela partilha do alimento posto na roda, trazido por quem anfitriã o encontro ou por todos.

Em várias situações o exercício foi de acolhimento a desabafos e denúncias de omissão ou de práticas, por parte de agentes públicos, consideradas pelos participantes do encontro como inadequadas ou violadoras de direitos. Alguns dessas falas estão registradas, na íntegra e literalmente, mais à frente no presente documento, e revelarem situações que evidenciam, dentre outras coisas, o quanto as práticas clientelistas e a visão patrimonialista que marcam a história político-administrativa do Brasil desde o império, sobreviveram ao tempo e continuam compondo a agenda dos governos locais em pleno século XXI. Sobre isso, PINHO (2014), destaca que:

A confusão entre o público e o privado e o frequente uso de bens e serviços públicos por parentes e amigos mais próximos de gestores locais para atender a interesses privados, reflete o fato de que o aparelho estatal continua sendo, para alguns, uma mera extensão da sala e da cozinha da casa grande, agora com nova arquitetura e novos atores. (PINHO, 2014)

Figura 3: Atividade com participantes da Roda de Conversa na comunidade de Arapuça, em Salitre



Foto: Ana Paula Rodrigues

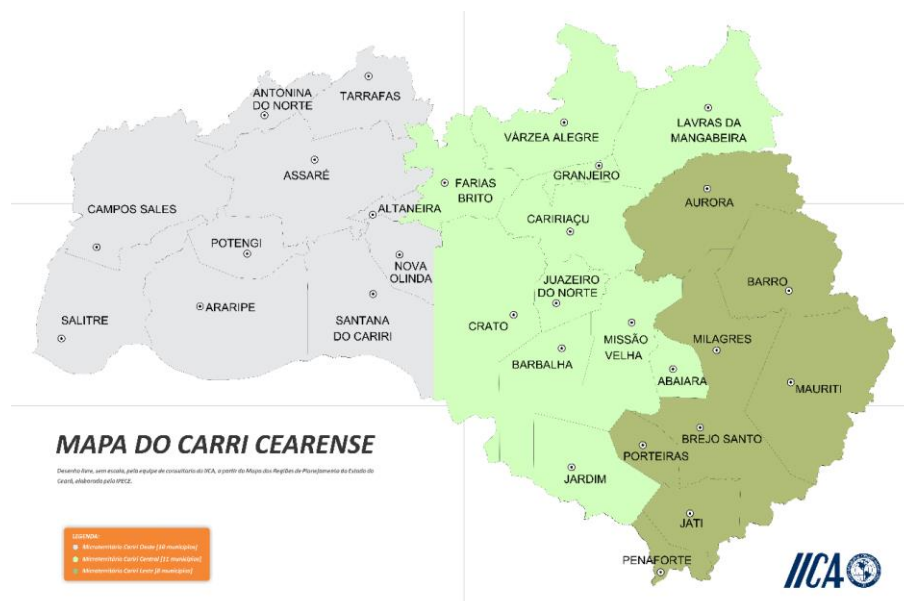
Ao final de cada encontro ficou, pelo menos para a equipe de consultoria, o desejo de que os diálogos fossem retomados em breve, sob pena de se perderem no tempo. Além disso, ficou a certeza de que se faz urgente um processo de formação que contribua, de forma efetiva, para possibilitar o acesso a informações e a reflexão crítica sobre políticas públicas, direitos humanos e cidadania, o que poderá conduzir a processos locais de auto empoderamento e autonomia, pontes largas para a inclusão econômica, social, cultural e política de comunidades e indivíduos.

1.3 Visitando o Cariri cearense

“O Cariri cearense é um dos berços do processo civilizatório sertanejo; é o grande caldeirão das culturas e etnias do Nordeste. Esse processo civilizatório, que se moveu sobre destroços e ossadas gerou uma cultura original que deita raízes nas principais vertentes das culturas ocidentais, notadamente das culturas tapuia, europeias (ibéricas e mediterrâneas), norte africanas e afro-brasileiras”. (CARIRY, 2008)

O Cariri cearense reúne vinte e nove municípios que juntos somam 17.988,60 km², onde vivem 962.018 habitantes (IBGE, 2010). A taxa de urbanização média dos municípios do Cariri é de 69,45% com variações de 29,45% (Tarrafas) a 96,07% (Juazeiro do Norte). A densidade demográfica da Região é de 53,48 hab./km², ficando Potengi com a menor densidade (9,99 hab./km²) e Juazeiro do Norte com a maior densidade (1.005,39 hab./km²). Embora de forma extraoficial, o Território do Cariri está subdividido em três microterritórios: Cariri Central, Cariri Leste e Cariri Oeste, conforme se vê no mapa a seguir.

Figura 4 - Mapa do Cariri Cearense



Fonte: Instituto Interamericano de Cooperação para a Agricultura (IICA)

Com 30,55% da população do Território do Cariri vivendo no campo, segundo dados do IBGE, e uma estrutura fundiária composta predominantemente por pequenas propriedades, a agricultura familiar ocupa papel de destaque na economia local e é fonte de renda para mais de 52 mil famílias, conforme revelam os dados do Censo da Agricultura Familiar 2006 (IBGE, 2006).

Ademais, se considerarmos os próprios dados do IBGE nos anos de 2005 e 2012, disponíveis em Perfil Básico Regional 2012 - Macrorregião Cariri/Centro Sul (IPECE, 2012), no tocante à taxa média geométrica de crescimento anual vamos observar que em alguns municípios da região ocorreu um decréscimo da população. É o caso dos municípios de Granjeiro (-3,02%), Farias Brito (-2,18%), Porteiras (-0,99%) e Caririaçu (-1,05%), apenas para citar os quatro municípios caririenses com maiores decréscimos demográficos.

Os fatores que contribuíram para esse cenário podem estar relacionados tanto a processos migratórios de dentro para fora, quanto à redução expressiva das taxas de natalidade e aumento superior das taxas de mortalidade. Contudo, sem uma maior investigação desse fenômeno, não podemos atribuir esta ou aquela causa ao mesmo, que pode assumir origem multicausal e para além das que aqui foram suscitadas.

Nos últimos anos, com as constantes frustrações de safra, em decorrência da escassez de chuvas e dos prolongados períodos de estiagem, esse papel da agricultura familiar na economia local tem se fragilizado. Com isso, as populações locais passam a depender cada vez mais dos programas de transferência de renda, a exemplo do Bolsa Família, ou da ajuda de parentes que migraram para outras regiões em busca de trabalho.

Contudo, também é possível verificar algumas experiências pontuais de convivência com o semiárido que têm se revelado bastante exitosas. Essas experiências são, na maioria dos casos, estimuladas e apoiadas por organizações não governamentais que atuam na região, mas nenhuma delas ocorre nas comunidades pesquisadas, à exceção da comunidade de Zabelê II, em Nova Olinda, participante do Projeto Jovens Familiares Produzindo no Cariri, realizado pela Associação Cristã de Base (ACB), com financiamento do Programa Petrobras Socioambiental.

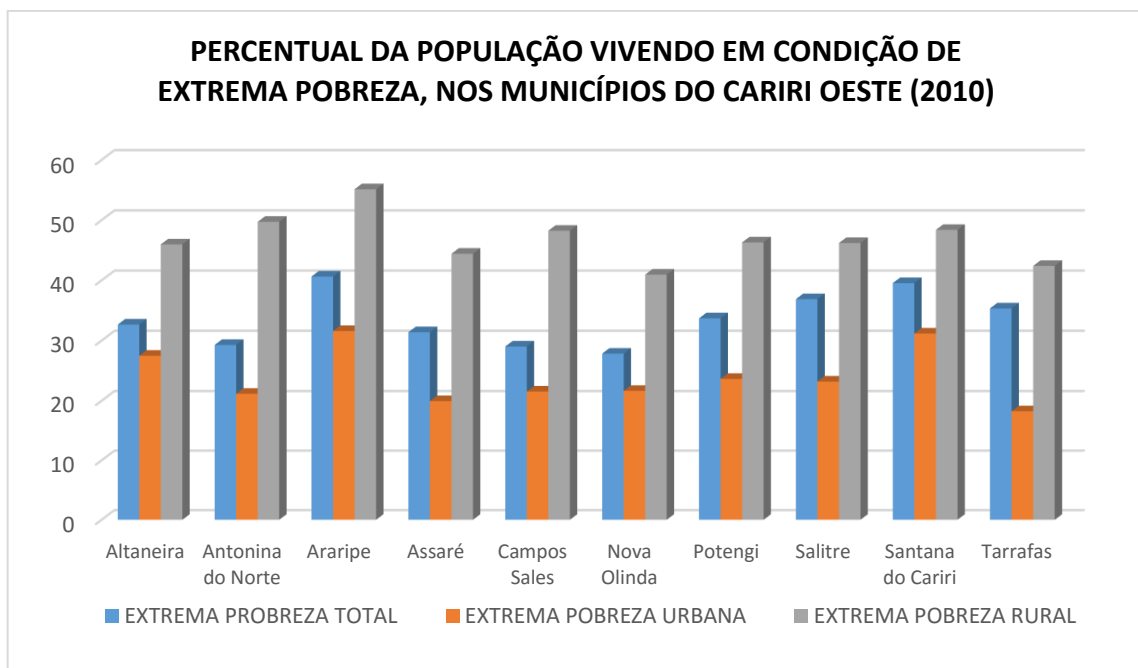
A economia da Região tem apresentado um significativo crescimento ao longo dos últimos anos, conforme revelam os dados do Instituto de Pesquisa e Estratégia Econômica do Ceará (IPECE). O PIB per capita na média dos municípios do Cariri saltou de R\$ 2.255,68 em

2005 para R\$ 3.978,75 em 2009⁶. Contudo, não podemos tomar apenas esse indicador, isoladamente, se quisermos compreender melhor a economia da Região e a qualidade de vida de sua população.

Exemplo disso é o município de Salitre, que possui o sexto melhor PIB per capita da Região, mas é, ao mesmo tempo, o município cariense com pior Índice de Desenvolvimento Humano (IDH). Salitre é um dos dez municípios do microterritório Cariri Oeste. Nele estão localizadas duas das 45 Comunidades Rurais Quilombolas do Ceará, segundo dados da Fundação Cultural Palmares. Além de Salitre, segundo a mesma fonte, outros dois municípios do Cariri Oeste possuem Comunidades Rurais Quilombolas. São eles: Araripe e Potengi, ambas com uma comunidade cada.

Continuando a olhar para o microterritório Cariri Oeste, verificamos no gráfico a seguir o percentual da população em condição de extrema pobreza em cada um dos seus dez municípios.

Gráfico 2 – Percentual da População vivendo em condição de extrema pobreza, nos municípios do Cariri Oeste



Fonte: IBGE, Censo Demográfico 2010

Como pode ser visto no gráfico acima, o município de Araripe possui 55,13% de sua população rural vivendo em condição de extrema pobreza, seguido por Santana do Cariri

⁶ Nesse período o município de Lavras da Mangabeira ainda não havia sido incorporado ao Território do Cariri, o que veio a ocorrer apenas em 2015.

(48,38%) e Campos Sales (48,24%). Potengi e Salitre ocupam, respectivamente, o quarto e quinto lugar nesse ranking, com 46,30% e 46,20%.

Embora Nova Olinda possua a menor taxa de extrema pobreza dos dez municípios, em relação à população total (27,83%), quando o olhar recai sobre a população rural esse percentual sobe para 40,96%, evidenciando a fragilidade do acesso às políticas públicas e o elevado grau de exclusão da população rural, quando comparado à urbana. Em todos os municípios analisados, é a extrema pobreza rural que empurra os indicadores gerais de extrema pobreza para cima.

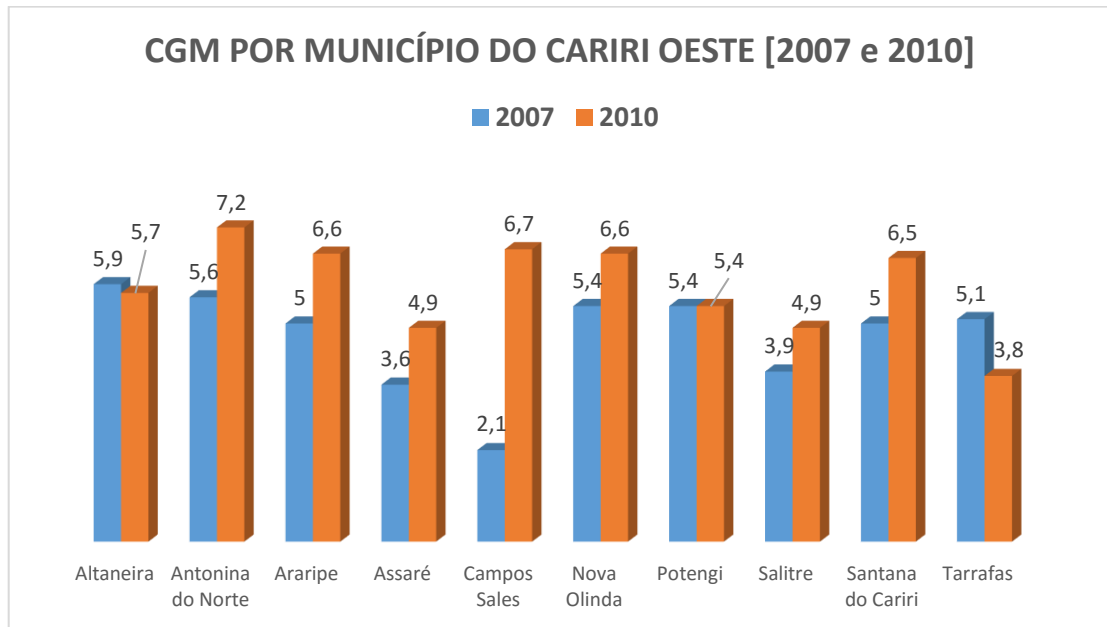
Assim, em que pese os avanços pontuais verificados na última década, o Cariri cearense ainda convive com indicadores que revelam a persistência de um cenário de exclusão social e política, fortemente vinculado ao modelo de desenvolvimento econômico concentrador de renda e riqueza e ao braço curto do Estado quando o assunto é a garantia dos direitos fundamentais do cidadão, entre os quais se inclui o direito à saúde. Trata-se, pois, de um Território em construção.

1.4 O SUS no microterritório Cariri Oeste

Dentro da estratégia da regionalização do SUS a que nos referimos anteriormente, todos os dez municípios do microterritório Cariri Oeste estão vinculados à 20ª Coordenadoria Regional de Saúde (20ª CRES), ao lado dos municípios de Crato, Farias Brito e Várzea Alegre, totalizando 13 municípios e uma população de 328.410 habitantes (IBGE, 2010), segundo dados disponibilizados pela Coordenação de Promoção e Proteção à Saúde, vinculada à Secretaria da Saúde do Estado do Ceará (2013, p 15).

Na análise dos indicadores de saúde dos dez municípios do Cariri Oeste chama a atenção o Coeficiente Geral de Mortalidade (CGM) dos mesmos, conforme demonstrado no gráfico a seguir.

Gráfico 3 – Coeficiente Geral de Mortalidade por município do Cariri Oeste

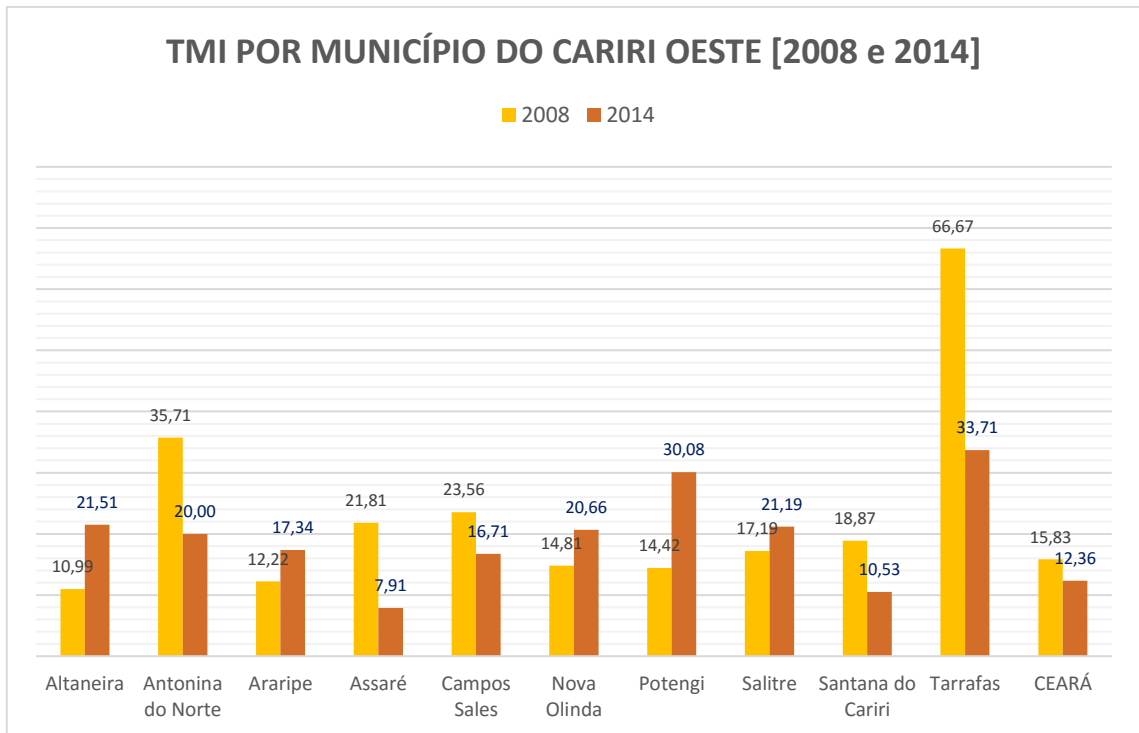


Fonte: Secretaria da Saúde do Estado do Ceará. Caderno de Informação em Saúde. 2013

A Portaria MS/SVS Nº 201/2010 estabelece como parâmetro mínimo aceitável para municípios com população menor que 50 mil habitantes, categoria na qual estão enquadrados todos os municípios do Cariri Oeste, $CGM \leq 4,4$ óbitos por 1.000 habitantes. Considerando essa referência e os dados apresentados no gráfico acima, em 2010 apenas Tarrafas ficou dentro da faixa considerada aceitável pelo Ministério da Saúde.

Um dos principais indicadores de saúde e de qualidade de vida de uma população é a Taxa de Mortalidade Infantil (TMI), medida pelo número de crianças que morrem antes de completar um ano de idade, para cada mil nascidas vivas. O gráfico a seguir apresenta a TMI de cada um dos dez municípios do microterritório Cariri Oeste e a média do Ceará e o Brasil em 2013.

Gráfico 4 – Taxa de Mortalidade Infantil por município do Cariri Oeste



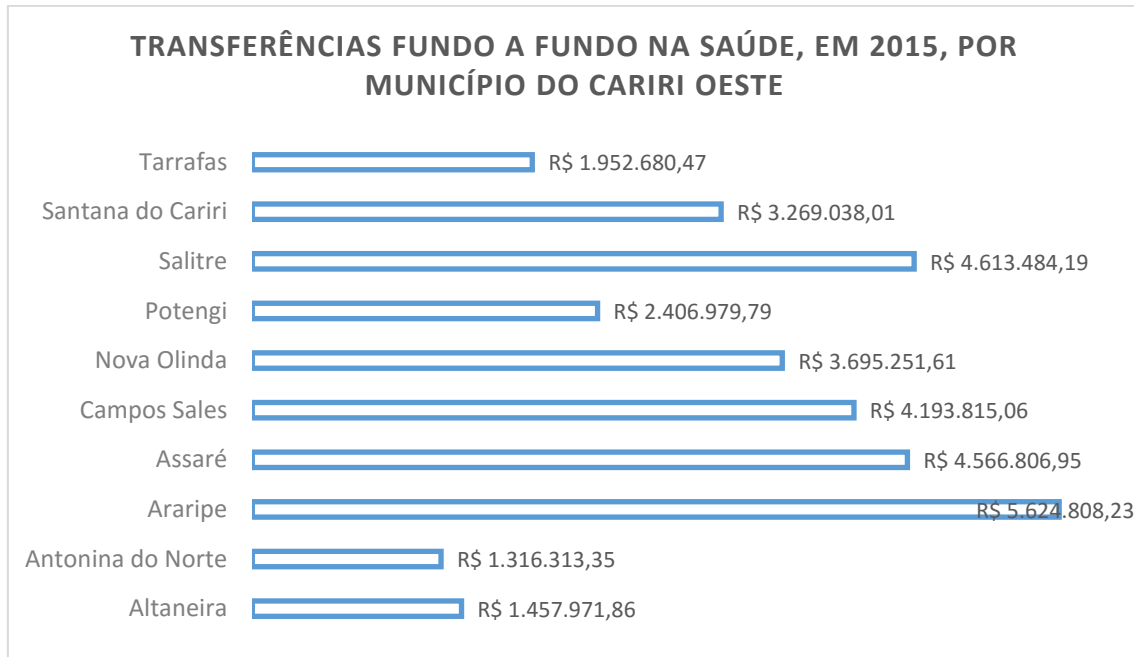
Fonte: IPECE. Perfis Básicos Municipais

Como pode ser visto, em cinco dos dez municípios do microterritório Cariri Oeste, a Taxa de Mortalidade Infantil cresceu na comparação entre 2014 e 2008. À exceção de Santana do Cariri e Assaré, todos os municípios do microterritório apresentaram taxas superiores à média estadual no último ano analisado. Vale ainda observar que, embora o município de Tarrafas tenha conseguido reduzir em cerca de 50% sua TMI na comparação entre 2014 e 2008, este ainda detém os maiores índices de mortalidade infantil do conjunto dos dez municípios, ficando 21,35 pontos acima da média do Ceará em 2014.

A TMI estima o risco de morte dos nascidos vivos durante o seu primeiro ano de vida e reflete, de maneira geral, as condições de desenvolvimento socioeconômico e infraestrutura ambiental, bem como o acesso e a qualidade dos recursos disponíveis para atenção à saúde materna e da população infantil.

O gráfico a seguir apresenta o volume de recursos transferidos do Fundo Nacional de Saúde, sob a gestão do Ministério da Saúde, para os fundos de Saúde dos dez municípios do Cariri Oeste, em 2015, para cobertura de despesas nas seguintes categorias ou programas: Vigilância em Saúde, Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar, Investimento, Atenção Básica e Assistência Farmacêutica.

Gráfico 5 – Volume de recursos transferidos do Fundo Nacional de Saúde



Fonte: Fundação Nacional de Saúde, 2015. Disponível em: www.fns.saude.gov.br

Além dos recursos transferidos Fundo a Fundo, o Ministério da Saúde realiza transferências diretas para prestadores de serviços credenciados ao SUS e transferências voluntárias em razão de convênios firmados com os municípios.

2 PRIMEIRAS NOTAS

2.1 Um pouco de história

A Organização Mundial de Saúde (OMS), em sua carta de constituição, define que a “a saúde é um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não consiste apenas na ausência de doença ou de enfermidade”. O mesmo documento afirma que “uma opinião pública esclarecida e uma cooperação ativa da parte do público são de uma importância capital para o melhoramento da saúde dos povos”. (OMS, 1946)⁷

Nessa mesma direção, a Declaração de Alma-Ata (OMS, 1979), documento parido durante a Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, realizada em Alma-Ata⁸ (URSS) no período de 6 a 12 de setembro de 1978, além de reafirmar o conceito de saúde defendido pela OMS, enfatiza que a mesma “é um direito humano fundamental, e que a consecução do mais alto nível possível de saúde é a mais importante meta social mundial, cuja realização requer a ação de muitos outros setores sociais e econômicos, além do setor saúde” (OMS, 1979, p.2).

No Brasil a Saúde assume o *status* de política de Estado no começo do século XX, estreitamente vinculado à economia exportadora de café no Sudeste do país. Assim, o foco ainda era a melhoria das condições sanitárias, limitada ao controle de endemias e ao saneamento dos portos e do meio urbano do eixo agrário-exportador e administrativo da cultura do café, concentrado nos estados do Rio de Janeiro e São Paulo.

Principal produto de exportação brasileiro, chegando a representar 72,5% das receitas de exportação do país, a economia do café compunha-se de um núcleo agrário, produtor de café e de outros alimentos, e de um núcleo urbano, responsável pelas atividades de financiamento, comercialização, transporte, administração e indústrias. Sobre essa questão, RISI JUNIOR; NOGUEIRA (2002) lembram que:

Esse período corresponde ao da formação de um verdadeiro mercado de trabalho no Brasil, envolvendo uma massa considerável de trabalhadores, com integração produtiva entre os setores urbano e rural. Para a formação desse mercado, houve uma contribuição fundamental dos imigrantes de países estrangeiros, que constituíam uma força de trabalho de nível educacional diferenciado. Entre 1901 e 1920, entraram no

⁷ Disponível em <http://www.direitoshumanos.usp.br/index.php/OMS-Organiza%C3%A7%C3%A3o-Mundial-da-Sa%C3%BAde/constituicao-da-organizacao-mundial-da-saude-omswho.html>

⁸ Antes pertencente à então União das Repúblicas Socialistas Soviéticas (URSS), Alma Alta está localizada no atual Cazaquistão.

país nada menos que 1,5 milhões de estrangeiros, dos quais aproximadamente 60% se fixaram nas áreas urbanas e rurais de São Paulo. (RISI JUNIOR; NOGUEIRA, 2002, p. 119).

Nesse contexto, assegurar melhores condições sanitárias significava garantia de sucesso da política governamental de atração da força de trabalho estrangeira e preservação do contingente ativo de trabalhadores, em um cenário de escassez de mão de obra.

Assim, as políticas públicas de saúde no Brasil, em seu nascedouro e por um longo período seguinte, constituem-se como meio a serviço do capital, ficando suas ações limitadas, naquele primeiro momento, ao controle de enfermidades através da imposição estatal de medidas de higiene, vacinação, notificação de casos, isolamento de enfermos e eliminação de vetores.

O período ditatorial instalado no Brasil com o golpe civil-militar de 1964, que perdurou por mais de 20 anos, relegou a saúde pública a segundo plano, com uma perspectiva de saúde fortemente conservadora, ficando as ações restritas a campanhas de baixa eficácia. Some-se a isso a carência de recursos, limitados a menos de 2% do Produto Interno Bruto (PIB) nacional, o que resultou em graves consequências para a saúde da população. Segundo publicação do Conselho Nacional de Secretários de Saúde – CONASS:

Os habitantes das regiões metropolitanas, submetidos a uma política concentradora de renda, eram vítimas das péssimas condições de vida que resultavam em altas taxas de mortalidade. Este quadro seria ainda agravado com a repressão política que atingiu também o campo da saúde, com cassações de direitos políticos, exílio, intimidações, inquéritos policial-militares, aposentadoria compulsória de pesquisadores, falta de financiamento e fechamento de centros de pesquisas. (BRASIL, 2007, p 24).

Contudo, com o recrudescimento do regime autoritário, vários movimentos sociais assumem papel de destaque no processo de resistência à ditadura, trazendo consigo, além da luta por liberdade política e pelo fim do autoritarismo, a denúncia das precárias condições de vida das populações mais pobres. No bojo dessas denúncias, estava a situação caótica da saúde pública e dos serviços previdenciários de atenção médica. Nesse cenário, ainda de acordo com publicação do CONASS:

Os Departamentos de Medicina Preventiva (DMPs) constituíram a base institucional que produziu conhecimentos sobre a saúde da população e o modo de organizar as práticas sanitárias. A Lei da Reforma Universitária de 1968, que incorporou a medicina preventiva no currículo das faculdades, tornou obrigatórios os DMPs. No Brasil, os primeiros foram criados na década de 1950. (BRASIL, 2007, p 26).

Essa foi a deixa para o início da organização do movimento sanitário, que buscava aproximar produção do conhecimento e prática política, ampliando seu campo de ação e atuando lado a lado com organizações da sociedade civil nas lutas em defesa da

redemocratização do país. Esse processo vai fortalecer a abordagem médico-social que assume publicamente o caráter político da área da saúde.

Durante a chamada Nova República (1985-1988) ocorrem amplas discussões envolvendo as sociedades civil e política brasileiras, visando a realização de reformas no sistema tributário, financeiro e administrativo nacionais e, sobretudo, reformas sociais que, no caso da saúde foram encabeçadas pelo movimento de Reforma Sanitária. Esse processo resultou na criação do Sistema Único de Saúde (SUS).

Esse ambiente de reformas encontra eco também no Legislativo, com destaque com a promulgação da Constituição Federal de 1988, batizada de Constituição Cidadã, em virtude do leque de direitos sociais contidos no novo texto constitucional que, dentre outras coisas, define o conceito de saúde, incorporando novas dimensões. Com isso, fica posto que para se ter saúde, é preciso ter acesso a um conjunto de fatores, como alimentação, moradia, emprego, lazer, educação, dentre outros.

2.2 A saúde no novo arcabouço jurídico e normativo brasileiro

O artigo 196 da nossa Carta Magna (BRASIL, 1988) estabelece que “a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”. Com esse preceito constitucional e o disposto na Lei Orgânica da Saúde (Lei 8.080/90) e na legislação posterior correlata, fica definida a universalidade da cobertura do Sistema Único de Saúde (SUS).

A partir daí as ações e serviços públicos de saúde passam a integrar uma rede regionalizada e hierarquizada, constituindo um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes previstas na Constituição Federal (BRASIL, 1988): [i] Descentralização, com direção única em cada esfera de governo; [ii] Atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais; e [iii] Participação da comunidade.

A oferta dos serviços de saúde através do SUS se dá a partir de três níveis de atenção: básica, média e alta complexidade, tendo por base os princípios preconizados na Constituição de 1988 e no artigo 7º de Lei Orgânica da Saúde [Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990]. De acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2009, p. 43), “a Atenção Básica

caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde.”

Trata-se da porta de entrada do SUS e deve orientar-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade e da coordenação do cuidado, do vínculo, da continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social. De acordo com publicação do Ministério da Saúde a Atenção Básica:

[...]. É desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, que devem resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância em seu território. É o contato preferencial dos usuários com os sistemas de saúde. (BRASIL, 2009, p. 43-44).

Os problemas de saúde e agravos da população, cuja atenção demande profissionais especializados e o uso de recursos tecnológicos de apoio diagnóstico e terapêutico são tratados no âmbito da Média Complexidade. Nesse nível de atenção estão os serviços de cirurgias ambulatoriais especializadas, ações especializadas em odontologia, patologia clínica, exames ultrassonográficos, fisioterapias, órteses e próteses e anestesia, só para citar alguns.

Já a Alta Complexidade, conforme publicação do Ministério da Saúde, compreende um “conjunto de procedimentos que, no contexto do SUS, envolve alta tecnologia e alto custo, objetivando propiciar à população acesso a serviços qualificados, integrando-os aos demais níveis de atenção à saúde [...]”. (BRASIL, 2009, p.32).

Nesse nível de atenção entram a assistência ao paciente portador de doença renal crônica, cirurgia cardiovascular (inclusive a pediátrica), assistência em traumatologia-ortopedia, fibrose cística e reprodução assistida, dentre vários outros.

3 A ANCORAGEM

3.1 Bases teóricas e conceituais

Nesse ponto tratarei de alguns elementos conceituais que, de uma forma ou de outra, dialogam com o foco desse trabalho. São temas ou abordagens cujo entendimento teórico-conceitual consideramos importante, seja para uma melhor compreensão das conexões existentes entre as diversas abordagens trazidas ao longo de todo o texto, seja para facilitar o entendimento do leitor acerca dessas mesmas abordagens e das análises realizadas mais à frente.

A primeira abordagem conceitual é exatamente sobre Política Pública, visto que o estudo aqui apresentado recai sobre a relação entre o acesso à informação por parte dos cidadãos e o direito à saúde como política pública de caráter universal e gratuito. Essa abordagem segue com um mergulho um pouco mais profundo no entendimento conceitual e da própria organização do Sistema Único de Saúde, complementado pela apresentação de alguns conceitos sobre poder e informação e a indicação daqueles que melhor dialogam com a perspectiva eleita para esse trabalho.

Por último, o texto traz uma abordagem teórica sobre o acesso à informação a partir de quatro pilares: o acesso à informação como direito; o acesso à informação como ponte para o direito; o acesso à informação como ferramenta de participação e controle social; e o acesso à informação [ou sua negação] como elemento de poder político. Essa será a espinha dorsal do estudo e o entendimento inicial desses quatro pilares, em diálogo estreito com as outras abordagens conceituais, deverá ajudar o leitor a estabelecer as conexões necessárias à percepção dos desafios que estão postos para que toda pessoa tenha “direito ao acesso a bens e serviços ordenados e organizados para garantia da promoção, prevenção, proteção, tratamento e recuperação da saúde”, segundo preconiza a Portaria nº 1820, de 13 de agosto de 2009, que dispõe sobre os direitos e deveres dos usuários da saúde. [Portaria 1820/2009, art. 2º].

3.1.1 Para começo de conversa, o que entendemos por Política Pública?

Durante muito tempo, o conceito de Política Pública esteve associado exclusivamente às decisões e ações ocorridas na esfera estatal. A chamada abordagem estatista

(*state-centered policy-making*), segundo SECCHI (2010), considera as políticas públicas, analiticamente, monopólio de atores estatais. Por outro lado, conforme destaca LIMA (2012, p. 51),

Para a abordagem multicêntrica o importante não é quem formula a política, que pode ser qualquer um, mas a origem do problema a ser enfrentado, esta é a sua caracterização fundamental. Assim uma política recebe o adjetivo de ‘pública’ se o problema que tenta enfrentar é público.

A abordagem multicêntrica ou policêntrica, conforme argumenta SECCHI (2010), considera organizações privadas, organizações não governamentais, organismos multilaterais, redes de políticas públicas (*policy networks*), juntamente com atores estatais, protagonistas no estabelecimento das políticas públicas. Olhando mais adiante, GIOVANNI (2009), define política pública como:

[...] uma forma contemporânea de exercício do poder nas sociedades democráticas, resultante de uma complexa interação entre o Estado e a sociedade, entendida aqui num sentido amplo, que inclui as relações sociais travadas também no campo da economia. (GIOVANNI, 2009, p 2 e 3)

A realidade tem mostrado que a distância entre a teoria e a prática no campo das políticas públicas, na maioria dos casos, é bem longa e sua estrada é, por vezes, tortuosa. Isso é ainda mais evidente quando tomamos por base políticas públicas de âmbito nacional, executadas dentro de um modelo federativo como o brasileiro, em um país de extensões continentais e enormes diferenças regionais. Segundo destaca GIOVANNI (2009):

[...]. A “teoria” pode condensar um grande rol de informações sobre os conteúdos técnico, político, cultural e ideológico tanto da intervenção, quanto da situação social na qual busca intervir. As práticas, por sua vez, revelam a natureza prática da política; em outras palavras, quais e quantas medidas e ferramentas foram selecionadas vis-à-vis o terceiro elemento estrutural que são os resultados, ou almejados, ou efetivamente alcançados. (GIOVANNI, 2009, 22)

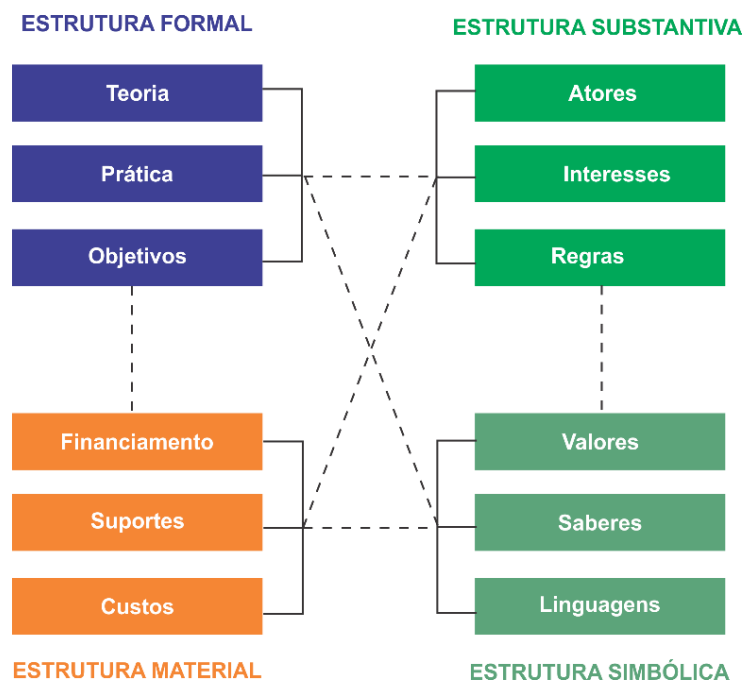
As políticas públicas traduzem, no seu processo de elaboração e implantação e, sobretudo, em seus resultados, formas de exercício do poder político que, para TEIXEIRA (2002, p 2) envolve “a distribuição e redistribuição de poder, o papel do conflito social nos processos de decisão, a repartição de custos e benefícios sociais”.

Aqui vale destacar a importância da participação e do controle social das políticas públicas, a filha caçula do tripé formado pela gestão, o financiamento e o controle social. Embora devamos reconhecer os esforços feitos nos últimos anos na direção do fortalecimento do papel da sociedade civil nos processos de planejamento, controle e avaliação das políticas públicas, ainda temos um longo caminho pela frente que exigirá, sobretudo, a ampliação do acesso à informação e o reconhecimento, pela prática, notadamente dos governos locais, das demandas e propostas dos cidadãos, especialmente aquelas nascidas nas instâncias de

participação formal como conferências e conselhos de políticas públicas setoriais. Voltaremos ao tema mais adiante.

Outra questão importante refere-se às estruturas elementares das políticas públicas. Ao tratar desse assunto GIOVANNI (2009) propõe quatro estruturas, a partir de quatro diferentes ângulos de observação: [a] estrutura formal, composta pelos elementos: “teoria”, práticas e resultados; [b] estrutura substantiva, composta pelos elementos: atores, interesses e regras; [c] estrutura material, composta pelos elementos: financiamento, suportes e custos; e, [d] estrutura simbólica, composta pelos elementos: valores, saberes e linguagens. O próprio autor trata de representar essa proposta através do diagrama reproduzido abaixo.

Gráfico 6 – Estruturas elementares das políticas públicas



Fonte: GIOVANNI, 2009

Para Giovanni (2009, p 21), a observação ou a análise dos impactos de uma dada Política Pública a partir da **estrutura formal**, “capta, de modo imediato, os aspectos e elementos exteriores da intervenção pública, na medida em que estabelece as relações indissociáveis entre uma “teoria”, um conjunto de práticas e um conjunto de resultados.” Mas, há de se considerar que:

Do ponto de vista da análise de políticas públicas, entretanto, a exploração de tal estrutura não esgota o conjunto de componentes envolvidos na intervenção, embora revele o resultado de um processo complexo de interações que resultam numa configuração específica. (GIOVANNI, 2009, 21)

Ao tratar da **estrutura substantiva** devemos considerar que os agentes sociais envolvidos nos processos de formulação, implementação e resultados de uma política, nesse

âmbito, referenciam suas práticas por objetivos, implícitos ou explícitos, que representam interesses diversos e por vezes conflitantes ou antagonísticos, o que acaba dificultando a pactuação de regras que, muitas vezes, são impostas por quem detém maior poder de mando ou influência.

Quanto à **estrutura material**, GIOVANNI (2009, p 26) destaca que “para uma maior facilidade de entendimento, podemos dizer que enquanto a estrutura substantiva refere-se aos aspectos sociais e políticos de uma *policy*, a estrutura material refere-se – em sentido amplo - aos aspectos econômicos”. Ele enfatiza que:

O volume, as condições e as regras de financiamento revelam, de um lado, a natureza e as modalidades de vínculo que se estabelecem entre a *policy* e o entorno econômico, e, de outro, sua situação e posicionamento nas relações entre estado e mercado. No primeiro caso, é possível verificar-se o posicionamento de uma política, não apenas como uma intervenção ou um resultado, mas também como prática que se dá no próprio interior da economia, no sentido de superar a visão ingênua que separa, ou opõe, o campo das políticas ao campo da economia. No segundo, as formas de financiamento são reveladoras da concepção ou das concepções vigentes de política pública nas relações entre estado e mercado, no sentido que expressam ideologias vigentes, posicionamentos exitosos nos embates redistributivos, bem como, o posicionamento da *policy* na agenda pública e no ambiente macroeconômico. (GIOVANNI, 2009, p 26)

Por último, a **estrutura simbólica** incorpora aos

O que é política pública?

“Aí pegou “nois” de mala na mão. Na realidade “nois” não tem muito saber para isso aí que você “tá dizeno” não. Política pública eu sei lá o que é. Acho que deve ser assistência, “né não”? A gente não tem. Falta de informação, que a gente não tem também. E por aí vai.”

(Fala de um morador da comunidade de Chapada dos Romeiros, em Altaneira/CE)

diálogos sobre políticas públicas uma dimensão subjetiva ancora em valores que orientam as realidades sociais e os próprios estudos e formações no campo de públicas.

Assim, ao considerarmos as especificidades de cada política e de cada lugar onde ela se materializa, vamos encontrar uma complexidade de elementos e possibilidades que se afirmam de diversas formas, substantivas e materiais, mas sobretudo, em linguagens específicas que, segundo nos

lembra GIOVANNI (2009, p 28), “são universos de comunicação próprios (e apropriados) que estabelecem os vínculos entre os diversos tipos de atores de uma dada arena de política”.

Dito tudo isto, cumpre-me registrar que os diálogos com os moradores das comunidades visitadas, cujas memórias serviram de base para esse trabalho, evidenciaram o quanto, para eles, a ideia de política pública está associada a iniciativas governamentais, muitas vezes apresentadas e/ou recebidas como favor ou dádiva de algum agente político.

Assim, a noção de política pública como instrumento de efetivação dos direitos sociais preconizados no artigo 6º da Constituição Federal de 1988⁹, aparece apenas de forma recortada na fala de alguns poucos participantes das vinte rodas de conversa realizadas ao longo de três meses de atividades.

Figura 5 - Roda de Conversa na comunidade de Chapada dos Romeiros, em Altaneira



Foto: Ana Paula Rodrigues

Ademais, em nenhum dos dez municípios do Cariri Oeste constatou-se a existência de instâncias ou instrumentos permanentes de planejamento, controle e avaliação de políticas públicas locais que envolvam a participação das comunidades visitadas.

3.1.2 O Sistema Único de Saúde em resumo

O SUS é tido por muitos como a política de maior inclusão social implementada no Brasil. Contudo, embora seus avanços ao longo dos anos sejam significativos, ainda persistem problemas a serem enfrentados para consolidá-lo como um sistema público universal e equânime. Ele é constituído pelo conjunto das ações e de serviços de saúde sob gestão pública e está organizado em redes regionalizadas e hierarquizadas, atuando em todo o território nacional, com direção única em cada esfera de governo.

⁹ "Art. 6º - São direitos sociais a educação, a saúde, a alimentação, o trabalho, a moradia, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados, na forma desta Constituição" [Nova redação do artigo 6º da CF 88, dada pela EC 90, de 15 de setembro de 2015].

Ao mesmo tempo, vale considerar que o direito de acesso à informação é considerado um direito humano fundamental e dialoga à cerca baixa com a concepção de cidadania, sendo fator preponderante para a efetivação do direito à saúde pública de qualidade.

Em seu inciso IV a Declaração de Alma-Ata, já citada nesse trabalho, aponta que a participação, individual e coletiva, dos povos no planejamento e na execução de seus cuidados de saúde, é direito e dever. Essa questão é retomada pela Lei Orgânica da Saúde brasileira (Lei 8080/90) que inclui entre os princípios do SUS o “direito à informação, às pessoas assistidas, sobre sua saúde” e a “divulgação de informações quanto ao potencial dos serviços de saúde e a sua utilização pelo usuário”. (BRASIL, 1990, Lei N° 8080, Art. 7º, incisos V e VI)

Além disso, a Lei n° 8.142, de 28 de dezembro de 1990, dispõe, dentre outras coisas, sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde. O referido diploma legal estabelece que O SUS conta em cada esfera de governo com as seguintes instâncias colegiadas de participação da sociedade: (i) a Conferência de Saúde; e (ii) o Conselho de Saúde.

No campo da gestão o SUS está organizado em níveis de atenção já apresentados anteriormente, a relembrar: atenção básica, média complexidade e alta complexidade. Tendo por base a regionalização como estratégia para atendimento desses três níveis de atenção, cada conjunto de municípios integrantes de uma dada Região de Saúde, reunidos em uma Comissão Intergestores Regional (CIR), elabora uma Programação Pactuada e Integrada (PPI), tendo por objetivo “organizar a rede de serviços, dando transparência aos fluxos estabelecidos e definir, a partir de critérios e parâmetros pactuados, os limites financeiros destinados à assistência da população própria e das referências recebidas de outros municípios”. (BRASIL, 2006, p,13)

Atualmente, esse modelo de organização tem por base o que estabelece o Decreto 7.508, de 28 de junho de 2011, que “regulamenta a Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências”.

Segundo o mesmo decreto, para ser instituída, a Região de Saúde deve conter, no mínimo, ações e serviços de: [i] atenção primária; [ii] urgência e emergência; [iii] atenção psicossocial; [iv] atenção ambulatorial especializada e hospitalar; e [v] vigilância em saúde. (BRASIL, 1990. Decreto N° 7.508/90, Art. 5º)

Importante lembrar que, dentre outras atribuições, compete à direção municipal do Sistema Único de Saúde, a cargo da Secretaria Municipal de Saúde ou equivalente, “planejar, organizar, controlar e avaliar as ações e os serviços de saúde e gerir e executar os serviços

públicos de saúde” em âmbito local e “participar do planejamento, da programação e da organização da rede regionalizada e hierarquizada do SUS, em articulação com a esfera estadual” à qual está vinculada. (BRASIL, 1990, Lei N° 8080, Art. 18, incisos I)

Ademais, vale destacar que o SUS não é uma estrutura que atua isolada na promoção dos direitos básicos de cidadania. Ele insere-se no contexto das políticas públicas de seguridade social, que abrangem, além da Saúde, a Previdência e a Assistência Social.

Por outro lado, entre a teoria e a prática, entre o legal e o real, há um grande fosso que separa os serviços de saúde dos cidadãos, especialmente daqueles residentes em comunidades rurais, o que ficou confirmado durante as rodas de conversa que foram realizadas nas vinte comunidades ou grupos de comunidades visitadas, refletidas diretamente através da transcrição, ao longo desse trabalho, de algumas falas dos participantes das mesmas.

3.1.3 Informação é poder?

Antes de buscarmos responder à questão formulada acima, vale nos debruçarmos sobre os conceitos – ou algum referencial teórico-conceitual – de poder e informação, o que faremos a seguir, nessa ordem.

Em seu *Leviatã*, escrito no século XVII, o filósofo inglês Thomas Hobbes (2003, p. 85) considera “como tendência geral de todos os homens, um perpétuo e inquieto desejo de poder e mais poder, que cessa apenas com a morte”. Corroborando com Hobbes e dando voz ao personagem-título de *Assim falou Zaratustra*, Nietzsche (2005, p 145) afirma que “onde encontrei vida, encontrei vontade de poder; e ainda na vontade do servo encontrei a vontade de ser senhor”.

Para Max Weber, poder, também traduzido por dominação, pode ser definido como “a possibilidade de encontrar obediência a uma ordem determinada”. Ele argumenta que esse poder pode se assentar em diferentes motivos de acatamento” (WEBER, 1922, p.1):

[...] pode ser condicionado apenas pela situação de interesses, portanto, por considerações teleológico-rationais das vantagens e desvantagens por parte de quem obedece. Ou, além disso, mediante o simples “costume”, pela habituação monótona à ação tornada familiar; ou pode ser justificado pela tendência puramente afetiva, simplesmente pessoal do governado. Um poder que se baseasse apenas em semelhantes fundamentos seria relativamente lábil. Nos governantes e nos governados, o poder costuma antes assentar internamente em razões jurídicas, razões da “sua legitimidade”, e o abalo desta fé legitimadora costuma ter consequências de vasto alcance. (WEBER, 1922, p.1).

Na busca de uma conceituação de poder, Naín (2013, p. 20) afirma que “Poder é a capacidade de dirigir ou evitar ações atuais ou futuras de outros grupos e indivíduos. Ou, dito de outra forma, poder é aquilo que exercemos sobre os outros para que tenham condutas que, de outro modo, não adotariam”.

Contudo, a mim interessa nesse trabalho trazer uma outra perspectiva conceitual e real de poder, não apenas contemporânea, mas sobretudo mais alargada, mais sistêmica. Em sua “Pedagogia do Oprimido” Paulo Freire nos convida a refletir sobre a relação existente entre poder e diálogo, tanto pelo caráter antidialógico das relações de dominação, portanto de poder autoritário, quanto pela perspectiva libertária do diálogo, que conduz a outras formas de poder e não pode ser confundido com comunicação linear e unilateral.

Para Freire (1970, p 78) “Não se é antidialógico ou dialógico no ‘ar’, no mundo. Não se é antidialógico primeiro e opressor depois, mas simultaneamente. [...]. Instaurada a situação opressora, antidialógica em si, o antidiálogo se torna imprescindível para mantê-la”.

Seguindo nessa direção considero importante enfatizar que estamos tratando no presente trabalho de relações de poder que ganham concretude, e muitos recheios de subjetividades, em uma realidade rural que, quando percebida a partir do paradigma da complexidade, nos conduz, nas palavras de Jara (2013, p 7) a “assumir uma abordagem epistemológica que possibilite entender os sistemas territoriais rurais como totalidades inseridas em outros sistemas maiores”. Ele nos lembra que:

[...]. La realidad de los mundos rurales es multidimensional, articula todo con todo, equilibrios y desequilibrios, situaciones estables y situaciones caóticas, cantidades y cualidades, interacciones y retroacciones, sujetos y objetos, lo positivo y lo negativo. Por medio de pautas intangibles, todos los problemas que nos afectan se encuentran interligados. Pobreza, concentración de activos, brechas de inequidad, discriminación, explotación laboral, pérdida de tierra arable, concentración de la tierra, desnutrición crónica, desempleo, mortalidade infantil, violencia intrafamiliar, corrupción, acaparamiento de tierras, desconfianza social, migración, contaminación, etc., todo está interconectado em esta vida relativamente real. (JARA, 2013, p.8)

O olhar apresentado nesses últimos parágrafos e pelo qual assumo uma opção preferencial declarada, aponta para a necessidade de ampliarmos o conceito de poder, retirando-o do campo das relações dicotômicas (dominador/dominado, explorador/explorado, incluídos/excluídos). Entre uma e outra expressão das aparentes dicotomias e oposições, há um “mundo” de possibilidades e nuances que a racionalidade linear não nos permite enxergar.

Assim, embora reconhecendo as limitações próprias de um trabalho como o que agora submeto ao leitor, quero aqui apontar o desejo de que as questões nele apresentadas, especialmente aquelas de ordem conceitual, não sejam esgotadas nas abordagens trazidas por

mim, seja de forma direta, seja através dos autores que elegi para esse breve diálogo. E isso se aplica de modo especial em relação aos conceitos de poder aqui recortados.

Dito isto, tratemos então da informação. Durante o processo de visita às vinte comunidades rurais do Cariri cearense que despertaram em mim o desejo de escrever sobre o tema do presente trabalho, me surpreendeu o nível de acesso das populações locais às chamadas Tecnologias da Informação e Comunicação (TICs). E aqui falo mesmo na primeira pessoa, já que se tratou, num primeiro momento de um desejo/interesse pessoal, só depois compartilhado e partilhado com e por outros e outras.

O fato é que, já no primeiro contato e especialmente ao longo dos diálogos que foram sendo estabelecidos na sequência, o uso de ferramentas eletrônicas de comunicação pessoal e em rede, se fez cada vez mais presente. No exato momento em que o leitor toma contato com esse texto, posso estar me comunicando, através do aplicativo *WhatsApp*, com os diretores da associação da comunidade quilombola de Serra dos Chagas, na zona rural de Salitre, no Cariri cearense, e com várias outras das vinte comunidades referidas anteriormente.

Como então explicar o fato de que, nessas mesmas comunidades, nenhum dos participantes das rodas de conversa realizadas para avaliar os impactos de determinadas políticas públicas em suas vidas, soubesse dizer, com alguma clareza, quais os critérios para inclusão e exclusão de beneficiários no Programa Bolsa Família? Ou de que nenhum dos presentes já tivesse acessado alguma informação sobre seus direitos e deveres como usuário do Sistema Único de Saúde, seja por meio digital ou físico, embora, somente em uma primeira reimpressão, em 2006, o Ministério da Saúde tenha colocado à disposição dos municípios brasileiros 6 milhões e 500 mil exemplares da versão ilustrada da Carta dos Direitos do Usuários da Saúde?

Historicamente, acesso à informação e poder sempre estiveram fortemente relacionados entre si. É comum vermos situações do dia a dia em que o poder, pelo menos da forma como ele é tradicionalmente entendido, está nas mãos de pessoas que de alguma forma têm algum tipo de informação que outros não têm. Da mesma forma, mesmo em pleno século XXI, em plena era da informação, ainda encontramos pessoas que protegem fortemente determinadas informações pelo simples medo de perder poder caso as mesmas se tornem de conhecimento ou domínio de outras.

Mas de que forma o poder se constrói a partir da detenção ou acesso à informação. A posse de uma informação isolada, fora de um dado contexto, pode ser considerada elemento

de poder? Como se dá o processo de construção do poder nesse cenário? Ao longo das próximas páginas buscarei refletir brevemente sobre essas questões, à luz de alguns elementos teóricos, em diálogo estreito com o que nos revela o dia a dia dos municípios do Cariri Oeste e, de modo particular, das comunidades rurais visitadas.

Ricardo Cappra, cientista de dados especialista em *business analytics*, em artigo intitulado “A Era do Poder Compartilhado” nos apresenta uma interessante visão sobre essa questão, que pode ser sintetizada na ilustração a seguir, apresentada pelo próprio Cappra.

Figura 6 - Representação gráfica para o ciclo dados/informação/conhecimento/poder



Fonte: CAPPRA, 2013

Segundo o autor, dados não organizados permitem a interpretação livre, podendo ter ou ganhar algum sentido de acordo com o olhar de quem os acessa. Somente quando conectamos esses dados a outros e a um dado contexto eles assumem o caráter de informação. Contudo, de acordo com Cappra (2013) “a informação pode fazer sentido para um grupo, ou para todos, tudo depende do contexto que ela está inserida”. Seguindo com seu raciocínio, Cappra lembra que:

Quando alguém transforma um dado em informação, ele além de ter a informação, ainda adiciona essa informação a sua base de conhecimento, ampliando assim o contexto. Nossos cérebros funcionam assim, conforme vamos buscando dados e informações sobre um determinado assunto, vamos ampliando nosso conhecimento e capacidade analítica sobre o tema, e esse contexto que criamos nos diferenciam de outras pessoas, fazendo com que tenhamos mais profundidade ou superficialidade de acordo com o assunto em questão. (CAPPRA, 2013. Disponível em: <<https://cappra.com.br/2013/05/29/a-era-do-poder-compartilhado/>>)

É a partir desse ponto, ou seja, da ampliação da nossa base de conhecimento sobre determinado assunto ou contexto, do privilégio da informação, que se potencializa o seu uso como ferramenta de poder.

Nesse novo cenário o poder deixou de ser privilégio de poucos, já que se amplia a cada dia o acesso a dados que podem evoluir para informação e assim por diante. “O conceito da construção de poder não tem nada de novo, sempre foi assim, o que mudou é que agora isso está distribuído”. (CAPPRA, 2013). A questão é:

Nossos filhos terão ainda mais informação, o poder estará nas mãos daqueles que tiverem maior capacidade de análise, síntese e ação. Estamos na era do poder

compartilhado, quem tem Poder não é quem tem informação, e sim quem sabe o que fazer com ela. (CAPRA, 2013. Disponível em: <https://capra.com.br/2013/05/29/era-do-poder-compartilhado/>)

Nesse contexto e buscando identificar algumas conexões entre poder e acesso à informação, precisamos ter presente que estamos falando das diversas formas de poder que vão desde o econômico, passando pelo político, o tecnológico, o cultural e até o cognitivo, apenas para citar alguns. Importante também lembrar que essas múltiplas formas de poder estabelecem conexões entre si e uma quase sempre vincula à outra.

Por isso mesmo, não é raro encontrarmos nos dez municípios do Cariri Oeste relações estreitas entre concentração de renda e riqueza, propriedade ou domínio dos meios de comunicação locais (especialmente rádios) e ocupação de cargos públicos na esfera municipal. Sobre isso Silveira (2000) afirma que:

Para o exercício continuado do poder, faz-se fundamental dispor de meios de comunicação de massa comprometidos com a manutenção do “sistema” e de um sistema educacional que perpetue o pensamento dominante, de forma que o condicionamento seja cada vez mais implícito que explícito – mais aceito como natural que aceito por convencimento. O poder da imprensa, do rádio e da televisão deriva, como o da religião, da organização; seu principal instrumento de imposição, como o da religião, é a crença – o condicionamento social. (SILVEIRA, 2000, p. 82)

Contudo, a questão central não é o veículo de comunicação em si, mas a que interesses ele serve. O desafio que se coloca é o de democratizar os meios de comunicação, hoje concentrados, nacional e localmente, nas mãos de poucos que decidem, a seu gosto ou de acordo com seus compromissos mercadológicos e políticos, o que vamos ler, ver e ouvir todos os dias. Que informações vamos receber e com que perspectiva elas nos serão apresentadas, que programas de entretenimento são melhores para nós e especialmente para nossas crianças, que artistas terão espaço nas rádios e TVs, por exemplo.

Esse deslocamento de poder comunicacional através do rádio e outros meios de comunicação de massa é possível e já vem acontecendo em várias partes do Brasil, a exemplo da experiência da Fundação Casa Grande – Memorial do Homem Kariri, organização da sociedade civil, sem fins econômicos, sediada em Nova Olinda, um dos dez municípios pesquisados para o presente trabalho.

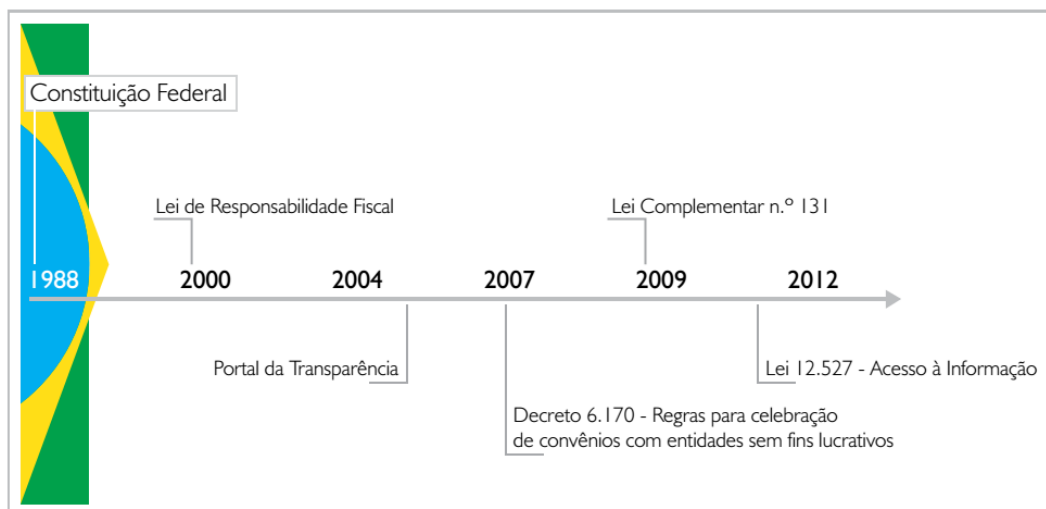
3.1.4 O acesso à informação como direito

O acesso à informação como direito do cidadão e dever dos governos deve orientar a existência de qualquer Estado Democrático de Direito. Nesse sentido, o acesso à informação pública deve ser a regra e o sigilo a exceção.

Além de se tratar de direito individual de qualquer cidadão, o acesso à informação é um direito difuso, o que significa dizer que tem uma dimensão coletiva, uma vez que o acesso amplo a informações públicas resulta em benefícios para a comunidade de modo geral. Nessa direção, diversos instrumentos internacionais de direitos humanos reconhecem e consagram o acesso à informação como direito fundamental. Ele está presente, por exemplo, no artigo 19 da Declaração Universal dos Direitos Humanos, no artigo 19 do Pacto Internacional sobre Direitos Civis e Políticos, no artigo 13 da Convenção Interamericana sobre Direitos Humanos, no artigo 9 da Carta Africana sobre os Direitos Humanos e dos Povos e no artigo 10 da Convenção Europeia sobre Direitos Humanos.

Embora a garantia da transparência e do acesso à informação não seja um tema novo no Brasil, estando presente na própria Constituição de 1988 e em outros diplomas legais, o advento da Lei de Acesso à Informação (Lei 12.527/2011), em vigor desde 16 de maio de 2012, consolidou, ao menos no âmbito normativo, a aludida garantia, uma vez que veio regulamentar o direito constitucional de acesso dos cidadãos às informações públicas no país. A figura 7 apresenta o histórico recente de normativos que ampliam o acesso à informação no Brasil.

Figura 7 - Histórico de normativos que ampliaram o acesso à informação no Brasil



Fonte: Manual da Lei de Acesso à Informação para Estados e Municípios (CGU, 2013, p.11)

Nessa breve linha do tempo é possível identificarmos importantes passos na direção da ampliação do direito de acesso à informação e da transparência pública, a começar pelo que dispõe o inciso XXXIII do artigo 5º do texto constitucional de 1988, segundo o qual:

Todos têm direito a receber dos órgãos públicos informações de seu interesse particular, ou de interesse coletivo ou geral, que serão prestadas no prazo da lei, sob pena de responsabilidade, ressalvadas aquelas cujo sigilo seja imprescindível à segurança da sociedade e do Estado. (BRASIL, 1988, Art. 5º)

Embora não trate especificamente do tema, a Lei de Responsabilidade Fiscal – LRF (Lei Complementar 101/2000), em vigor desde 5 de maio de 2000, regulamenta o artigo 163 da Constituição Federal e estabelece as normas que orientam as finanças públicas no país, sujeitando às suas regras os Poderes Executivo, Legislativo e Judiciário, além dos Tribunais de Contas, o Ministério Público e os órgãos da administração direta, fundos, autarquias, fundações e empresas estatais de todas as esferas (União, Estados, Distrito Federal e Municípios).

Dialogando com a questão da transparência das contas públicas, o LRF instituiu os instrumentos de transparência da gestão fiscal, previstos no seu artigo 48, determinando que fosse dada ampla divulgação à sociedade das informações ali referidas.

Com a Lei Complementar 131/09 foram acrescentados novos dispositivos à Lei de Responsabilidade Fiscal, que trouxe como inovação a determinação da disponibilização, em tempo real, de informações pormenorizadas sobre a execução orçamentária e financeira da União, dos estados, do Distrito Federal e dos municípios, através dos “portais da transparência” que passaram a ser obrigatórios para todos os entes da federação.

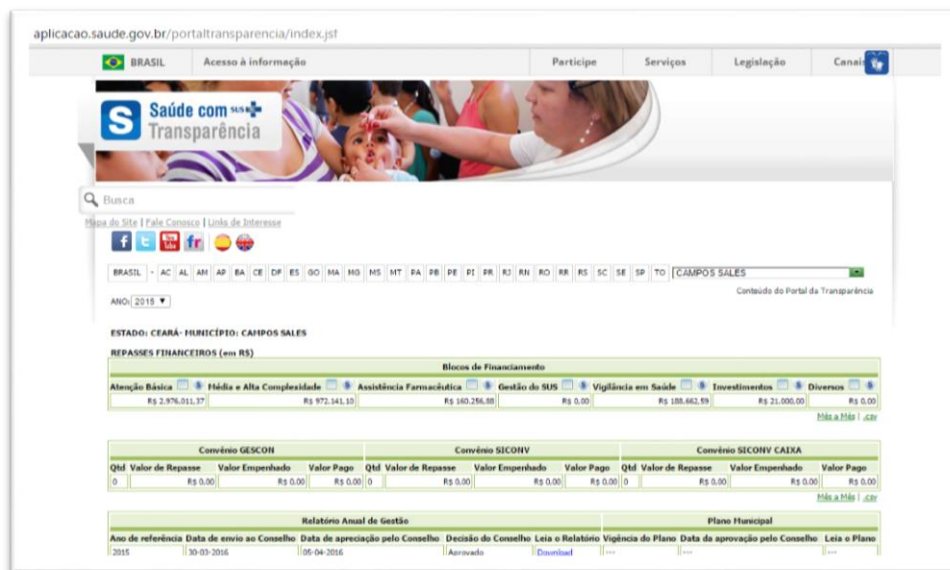
Como visto na figura 7, em 2007 o Decreto 6.170, com as alterações trazidas pelo Decreto 6.428/2008, estabeleceu as regras para “convênios, contratos de repasse e termos de cooperação celebrados pelos órgãos e entidades da administração pública federal com órgãos ou entidades públicas ou privadas sem fins lucrativos” (BRASIL, 2007, Decreto Nº 6.170, Art. 1º) para a execução de programas, projetos e atividades de interesse recíproco que envolvam a transferência de recursos oriundos do Orçamento Fiscal e da Seguridade Social da União.

Nesse cenário, como dito anteriormente, a Lei 12.527/2011 veio consolidar esse arcabouço jurídico-normativo que versa sobre o acesso à informação pública como direito do cidadão. No caso específico da saúde, o Ministério da Saúde considera que:

O acesso a documentos, arquivos, dados estatísticos e epidemiológicos, informações sobre saúde e orientação de doenças, ações e políticas é peça fundamental para a melhoria da gestão e para o fortalecimento do controle social e da gestão participativa no SUS. Além disso, auxilia as tomadas de decisão por parte dos gestores. (BRASIL, CGU, 2011, p. 5)

Dialogando à cerca baixa com o que preconiza a Lei de Acesso à Informação o Ministério da Saúde coloca à disposição do cidadão, de forma on-line, um conjunto de informações sobre a aplicação dos recursos do Sistema Único de Saúde (SUS). Essas informações estão agrupadas no portal Saúde com Mais Transparência, lançado em 30 de novembro de 2011 e disponível no endereço eletrônico <http://aplicacao.saude.gov.br/portaltransparencia/index.jsf>. A figura 8 apresenta uma das telas do portal, através da qual é possível consultar o volume de recursos transferidos pelo governo federal, ano a ano e mês a mês, para cada município brasileiro.

Figura 8 - Tela de acesso ao portal saúde com mais transparência



Fonte: Site do Ministério da Saúde, 2011

Um importante dispositivo previsto no texto da Lei de Acesso à Informação refere-se ao que se convencionou chamar de princípio da “transparência ativa”, que trata da iniciativa do órgão público de dar divulgação a informações de interesse geral ou coletivo, ainda que estas não tenham sido expressamente solicitadas. Assim dispõe, em seu artigo 8º, o diploma legal em tela:

Art. 8º - É dever dos órgãos e entidades públicas promover, **independentemente de requerimentos**, a divulgação em local de fácil acesso, no âmbito de suas competências, de informações de interesse coletivo ou geral por eles produzidas ou custodiadas. (BRASIL. CGU, 2015, p. 18, grifo nosso).

Como vimos nesse tópico, o acesso à informação pelos cidadãos e suas organizações, longe de ser uma concessão generosa ou uma dádiva do gestor público, é um direito assegurado por um amplo arcabouço legal e preconizado em vários tratados internacionais que reconhecem o papel preponderante dos processos de democratização do

acesso à informação para a consolidação do Estado Democrático de Direito e para a fortalecimento das democracias locais e nacionais.

3.1.5 O acesso à informação como ponte para o direito

O dia a dia tem nos ensinado que quanto mais informações tivermos sobre determinado assunto, mais condições teremos de opinar sobre o mesmo, fazer escolhas e tomar decisões. Isso vale para a escolha de um produto no supermercado, para definir um roteiro de férias, para a optar entre comprar um imóvel ou investir em ações na bolsa de valores, dentre muitas outras possibilidades. Seguindo esse mesmo raciocínio, a publicação ‘Acesso à informação e controle social das políticas públicas’ (2009, p. 11) nos lembra que “além de permitir a realização de escolhas mais qualificadas, o acesso à informação é central, ainda na perspectiva individual, para a consecução de um conjunto de direitos. Em outras palavras, o acesso à informação é um direito que antecede outros”.

Iniciativas como o portal da transparência do governo federal, surgido em 2004, têm ampliado significativamente as possibilidades de acesso do cidadão comum a informações sobre aplicação de recursos públicos, incluindo as transferências constitucionais e voluntárias da União para entes públicos (Estados e Municípios) e para entes privados, como organizações da sociedade civil, por exemplo.

Contudo, a “cultura do segredo” durante muito tempo pautou e ainda pauta a gestão pública em várias partes do Brasil, especialmente na esfera local, ancorada na crença de que a circulação de informações representa riscos, o que favorece a criação de obstáculos. Por outro lado, quando o que orienta a prática dos agentes públicos é o espírito republicano e a compreensão de que a informação pública pertence à comunidade, ganha expressão a “cultura de acesso”, com o fluxo de informações favorecendo a tomada de decisões, a boa gestão de políticas públicas e a inclusão do cidadão.

O quadro a seguir, apresenta uma síntese das principais características de cada uma dessas culturas relacionadas à informação na gestão pública, tomando por base o que consta na publicação ‘Acesso à informação e controle social das políticas públicas’.

Gráfico 7 - Síntese das principais características da cultura do segredo e de acesso

CULTURA DO SEGREDO	CULTURA DE ACESSO
O cidadão só pode solicitar informações que lhe digam respeito	A demanda do cidadão é vista como legítima
Os dados podem ser utilizados indevidamente por grupos de interesse	O cidadão pode solicitar a informação pública sem necessidade de justificativa
A demanda do cidadão é um problema: sobrecarrega os servidores e compromete outras atividades	Os servidores e as servidoras são permanentemente capacitados para atuar na manutenção da política de acesso à informação
Cabe sempre à chefia a liberação ou a retenção da informação	São estabelecidos procedimentos e regras claras para a gestão das informações
Os cidadãos não estão preparados para exercer o direito de acesso à informação	São criados canais eficientes de comunicação entre o governo e a sociedade

Fonte: ACESSO à informação e controle social das políticas públicas (2009). Elaborado por: Joelmir Pinho

Através de uma carta dirigida aos participantes da 15ª Conferência Nacional de Saúde, realizada entre os dias 1º e 4 de dezembro de 2015, em Brasília (DF), os participantes do I Diálogo PenseSUS – Democracia, comunicação, informação e direito à saúde: Mobilização para a 15ª Conferência Nacional de Saúde, defendem que “a comunicação e informação sejam reconhecidas como direitos humanos, por serem estruturantes para os processos sociais e para a defesa e garantia dos outros direitos, como o direito à saúde” (FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ, 2015, p. 2). O I Diálogo PenseSUS foi realizado pelo Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde da Fundação Oswaldo Cruz (Icict/Fiocruz), nos dias 29 e 30 de setembro de 2015, e teve entre seus participantes profissionais, acadêmicos/as, instituições do campo da saúde e movimentos sociais. A carta lembra que:

Conforme o conceito ampliado de saúde, formulado na 8ª Conferência Nacional de Saúde (1986), comunicação e informação se relacionam com a saúde no campo dos direitos humanos. Estão associadas à redistribuição de recursos de poder e, portanto, à democratização do Estado. Neste sentido, é necessário reconhecer a informação e comunicação como direitos fundamentais ao pleno exercício da cidadania e autonomização das instituições e grupos sociais. (FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ, 2015, p. 3).

Uma questão preponderante para que o acesso à informação se converta em ponte para o direito refere-se à sua acessibilidade, aqui compreendida sob dois aspectos: o direito de facilidade de encontrar informações públicas e o direito das pessoas com deficiência de acessarem a informação.

Ademais, é primordial assegurar que as informações disponibilizadas aos cidadãos através dos portais da transparência sejam apresentadas em linguagem clara, de fácil compreensão por pessoas que não dominam as terminologias e códigos específicos das áreas técnicas. Um bom exemplo vem sendo dado pelo Portal da Transparência do Governo Federal que apresenta as informações sobre recursos transferidos aos outros entes da federação e para organizações da sociedade civil trazendo sempre uma coluna denominada “Ação Governamental”, que apresenta o nome técnico/oficial de cada programa, e logo em seguida uma coluna denominada “Linguagem Cidadã”, que apresenta o nome pelo qual é conhecido popularmente o mesmo programa, conforme se vê na figura 9.

Figura 9 - Tela de acesso ao portal da transparência do governo federal

www.transparencia.gov.br/Portal/TransparenciaListaAcoes.asp?exercicio=2016&SelecaoUF=1&SiglaUF=CE&CodMun=1315&Pagina=2

Controladoria-Geral da União
Portal da Transparência
GOVERNO FEDERAL

Perguntas frequentes | Contato | Glossário | Links | Manual de navegação

Acesso rápido: Iniciar [OK] Você está em: Início » Despesas » Transferências de Recursos » Estado » Municípios » Ações

TRANSFERÊNCIA DE RECURSOS POR ESTADO/MUNICÍPIO
UF: CEARÁ EXERCÍCIO: 2016

Total destinado aos favorecidos situados no Estado:	R\$ 7.641.211.237,12
Total destinado ao Governo do Estado:	R\$ 2.908.394.602,66
Total destinado aos favorecidos situados nos municípios do Estado:	R\$ 4.732.826.634,46
Total destinado aos favorecidos situados no município ANTONINA DO NORTE :	R\$ 6.384.337,07

Selecione o(s) "Ação Governamental" para obter o detalhamento do valor. Caso queira outra classificação, clique no título da coluna correspondente.

Função	Ação Governamental	Linguagem Cidadã	Total no Ano (R\$)
Saúde	2040 - Piso de Atenção Básica Variável - Saúde da Família	PAB Variável - PSF	267.140,10
Encargos Especiais	0999 - Recursos para a Repartição da Contribuição de Intervenção no Domínio Econômico - CIDE-Combustíveis	CIDE - Combustíveis	9.366,58
Assistência Social	8446 - Serviço de Apoio à Gestão Descentralizada do Programa Bolsa Família	Índice de Gestão Descentralizada - IGD	7.301,23
Assistência Social	2A60 - Serviços de Proteção Social Básica	PROFICRAS	87.150,00
Encargos Especiais	0998 - Transferência a Estados, Distrito Federal e Municípios para Compensação da Isenção do ICMS aos Estados Exportadores - (art. 91 ADCT)	Transferências - LC n.º 87/96 e 115/2003	6.165,00
Encargos Especiais	0369 - Transferência da Cota-Parte do Salário-Educação (Lei nº 9.424, de 1996 - Art. 15)	Cota-Parte dos Estados e DF do Salário-Educação	81.639,91
Assistência Social	8442 - Transferência de Renda Diretamente as Famílias em Condição de Pobreza e Extrema Pobreza (Lei nº 10.836, de 2004)	Bolsa Família	1.570.684,00
Encargos Especiais	006H - Transferência do Imposto Territorial Rural	Transferência - ITR - Municípios	155,02
Encargos Especiais	0551 - Transferências do Fundo Especial dos Royalties pela Produção de Petróleo e Gás Natural	Royalties	34.007,01

Fonte: Site da CGU, 2011. Disponível em: <http://www.transparencia.gov.br/>

Mas, se é tão amplamente reconhecido que o acesso à informação pode constituir-se ponte larga para o acesso ao direito, porque então esse acesso é tantas vezes negado, obstruído ou dificultado, especialmente nas relações entre o Estado e os cidadãos? É possível assegurar o almejado controle das autoridades públicas e de suas decisões sem que se garanta, de forma concreta, o direito de acesso às informações públicas? Essas perguntas guiarão nossa leitura ao longo das próximas páginas, a partir da busca da simetria ou do encontro possível entre as reflexões teóricas acerca das mesmas e o que nos apresenta o mundo real, especialmente no campo das políticas públicas de saúde.

3.1.6 O acesso à informação como instrumento de controle social

O debate sobre o controle social das políticas públicas e o acesso à informação vem ganhando força no Brasil ao longo das três últimas décadas, pelo menos, embora sua origem seja bem anterior. Mas afinal, como podemos definir controle social? O significado de controle social é o mesmo em todo mundo? Definitivamente, não. Nos países africanos, por exemplo, o termo é entendido como um controle do Estado sobre a sociedade e fortemente rejeitado pelos atores sociais locais.

No Brasil o conceito de controle social parte da legitimação do controle da sociedade civil sobre as ações do Estado. Contudo, conforme lembra Moroni (2009, p 40), “quando falamos em controle social, não nos referimos simplesmente à consulta do Estado pela sociedade civil. E também não se trata somente da questão de acesso à informação”. Para ele:

O controle social diz respeito ao direito que o cidadão tem de participar dos destinos da nação. Esse direito humano à participação se insere em uma concepção política, que não é apenas a da democracia representativa, mas que envolve o fato de que a sociedade deve participar da vida pública para além do já consolidado direito à representação. (MORONI, 2009, p.40).

Na estrutura do Sistema Único de Saúde a participação e o controle social estão previstos, prioritariamente, através de duas instâncias: a Conferência de Saúde e o Conselho de Saúde, obrigatórios para as três esferas de governo: federal, estadual ou distrital (no caso do distrito federal) e municipal.

Realizada a cada 4 anos com a representação dos vários segmentos sociais, a Conferência tem como principal objetivo “avaliar a situação de saúde e propor as diretrizes para a formulação da política de saúde nos níveis correspondentes”, de acordo com o parágrafo primeiro, do artigo primeiro, da Lei 8.142/90, que dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde – SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde.

A primeira Conferência Nacional de Saúde no Brasil foi realizada em 1941. De lá para cá já foram realizadas quinze edições do evento, sendo o mais recente em 2015, tendo como tema “Saúde pública de qualidade para cuidar bem das pessoas: direito do povo brasileiro”.

Quanto aos Conselhos cabe iniciarmos com um importante esclarecimento. Embora seja comum, inclusive em algumas literaturas sobre o assunto, o uso da expressão “conselho gestor” em referência aos conselhos de políticas públicas setoriais, inclusive os de saúde,

conforme destaca o próprio Ministério da Saúde estes “não são órgãos responsáveis pela gestão ou execução de serviços e, por isso, não têm responsabilidade direta sobre a prestação dos serviços de saúde”. (BRASIL, 2014, p 39).

O parágrafo segundo do artigo primeiro da Lei 8.142/90 preconiza que:

O Conselho de Saúde, em caráter permanente e deliberativo, órgão colegiado composto por representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários, atua na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde na instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, cujas decisões serão homologadas pelo chefe do poder legalmente constituído em cada esfera do governo. (BRASIL, 1990, Lei N° 8142, Art. 1º, § I)

O caráter permanente do Conselho de Saúde assegura sua existência em qualquer circunstância, independente de decisão de governo, embora o compromisso dos gestores com a existência e manutenção do mesmo seja fundamental para seu pleno funcionamento. Ao ser definido como instância colegiada, o Conselho de Saúde passa a ter suas decisões tomadas, obrigatoriamente, de forma coletiva, ouvidos todos os segmentos nele representados, enquanto o caráter deliberativo evidencia que suas decisões obrigam os gestores da respectiva instância ao acatamento e cumprimento das mesmas, desde que estas sejam tomadas dentro dos limites constitucionais e da legislação específica da saúde ou correlata. Criados por lei, os Conselhos Municipais de Saúde devem ter a seguinte composição: 50% de usuários do SUS, 25% de representantes do governo e prestadores de serviços de saúde credenciados ao SUS e 25% de profissionais de saúde. A figura 10 ilustra essa composição.

Figura 10 - Composição básica do Conselho Municipal de Saúde



Fonte: Elaborada pelo autor

Discussões sobre questões como legitimidade e abrangência das representações de usuários nos conselhos municipais de saúde são recorrentes e revelam um desafio a ser superado em vários municípios, inclusive naqueles integrantes do microterritório Cariri Oeste. Outro aspecto diz respeito ao investimento na capacitação dos conselheiros municipais de saúde para o efetivo exercício de suas funções. Embora não se tenha ainda um estudo sobre a questão no Cariri, sabe-se, de modo empírico, que a carência de formação/capacitação é um dos principais

problemas enfrentados por conselheiros municipais de políticas públicas setoriais de diversas áreas, envolvendo entre representantes dos diversos segmentos.

As competências dos Conselhos de Saúde, elencadas na Resolução nº 333, de 2003, do Conselho Nacional de Saúde (CNS) são muitas e algumas delas exigem conhecimentos específicos que demandam processos permanentes e continuados de capacitação.

Essas atribuições foram ampliadas pela Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012, que define atribuições específicas aos Conselhos de Saúde referentes ao papel exercido pelo conselheiro no processo de fiscalização, avaliação e controle das despesas com ações e serviços públicos de saúde na União, Estados, Distrito Federal e Municípios.

Se as condições efetivas para o exercício de participação nos processos de planejamento, avaliação e controle social das políticas públicas de saúde já se apresenta frágil para os conselheiros municipais da área, entre as comunidades rurais pesquisadas para o presente trabalho elas são ainda mais precárias. Falta-lhes, como se constatou nas rodas de conversa, noções mínimas e elementares de direito à saúde, evidenciando uma relação diretamente proporcional entre acesso à informação e a efetivação do direito à saúde.

3.1.7 O acesso à informação como elemento de poder político

Um antigo provérbio português nos sugere que “quem não sabe, é como quem não vê”. De alguma forma, a máxima portuguesa se aplica bem à nossa análise nesse ponto. Como poderá uma comunidade rural posicionar-se politicamente na busca de seus direitos na área da saúde sem que, sequer, seus integrantes tenham acesso às informações básicas sobre quais os direitos dos usuários do SUS? **É preciso saber** (aqui no sentido de ter a informação) **para ver** a existência do direito e os caminhos a serem percorridos para acessá-lo.

Contudo, voltemos ao que nos foi apresentado anteriormente por Cappra (2013), ao afirmar que estamos na era do poder compartilhado e que quem tem poder não é quem tem informação, e sim quem sabe o que fazer com ela. Ou seja: não se trata apenas de ter acesso à informação, mas de compreender como ela poderá ser usada a favor do bem comum, no caso da comunidade rural tomada como exemplo.

Nesse mesmo caso, para que a informação não se torne privilégio de poucos e, portanto, ferramenta de poder político destes mesmos poucos, com fortes riscos de

desencadeamento ou fortalecimento de relações de dominação internas, se faz imprescindível que ela seja compartilhada com toda a comunidade. Será essa informação democratizada, ampliada e refletida com todos e por todos, que possibilitará a ampliação do poder político da comunidade.

Se por um lado, a democratização do acesso à informação pode fortalecer ou ampliar o poder político de comunidades, organizações e segmentos vulnerabilizados de uma dada população, a sua detenção por um ou alguns poucos atores também pode resultar na velha forma de poder que se sustenta na negação do direito, na transformação deste em moeda de troca e fator de dominação política, econômica, social cultural e cognitiva, dentre outros.

Esse tem sido o caminho adotado por muitos agentes públicos, detentores ou não de mandatos eletivos. No dia 21 de março de 2016 o sitio do jornal “A Crítica” na internet veiculou matéria com a seguinte manchete: “Deputado troca votos por consultas médicas em seu gabinete na ALE-AM”. Segundo a reportagem,

O deputado estadual Dr. Gomes (PSD) transformou o gabinete dele na Assembleia Legislativa do Estado (ALE-AM) em consultório onde faz atendimentos médicos e pede voto dos pacientes. O parlamentar é pré-candidato à reeleição na Câmara Municipal de Manaus (CMM). Ele assumiu uma vaga na ALE-AM, em 2015, após o deputado Sidney Leite (Pros) virar secretário de Produção Rural (Sepror). (ANDRADE, 2016).

Em setembro de 2007 o jornal “Gazeta do Povo” (PR) publicou em seu sitio na internet matéria com o título “Liberação de exames estaria virando moeda de política em Matinhos”, município do litoral paranaense, com uma população de cerca de 30 mil habitantes, integrante da Mesorregião Metropolitana de Curitiba. Segundo a reportagem:

Moradores do município de Matinhos, no litoral do estado, estariam sendo orientados a procurar o gabinete do prefeito para conseguir a liberação de exames laboratoriais e medicamentos pagos com verbas do Sistema Único de Saúde (SUS) e solicitados por médicos que trabalham no hospital municipal Nossa Senhora dos Navegantes. O próprio prefeito da cidade, Francisco Carlim dos Santos, estaria recebendo os cidadãos em seu gabinete para autorizar a “liberação. (OHARA, 2007)

Denúncia semelhante à do jornal “Gazeta do Povo” foi apresentada, de forma explícita, pelos participantes de uma das rodas de conversa que deram origem ao presente trabalho e relatos que apontam na direção da “privatização” e do controle da informação por agentes públicos como forma de manutenção do poder permearam as rodas de conversa na maioria das comunidades visitadas.

No dia 4 de abril de 2014, a Associação Pró Reintegração da Invernada Paiol de Telha (Associação Heliodoro), com sede em Guarapuava (PR), e a Terra de Direitos – Organização de Direitos Humanos, sediada em Curitiba (PR), ambas qualificadas como pessoa

jurídica de direito privado, sem fins econômicos, solicitaram do Instituto Nacional de Colonização e Reforma Agrária (INCRA), através do ofício 042/2014, informações acerca da morosidade para publicação da portaria de reconhecimento do território da comunidade quilombola Invernada Paiol de Telha.

Para justificar a solicitação os requerentes valeram-se do que dispõem a Constituição Federal de 1988, a Lei 12.527/2011 e o Decreto 4.887/2003, numa demonstração clara de como o próprio acesso à informação sobre a existência do direito pode ser importante para comunidades e grupos sociais historicamente marginalizados.

A iniciativa foi objeto de matéria publicada no sitio da organização Terra de Direitos na internet, com o título “INCRA atrasa mais de um ano para declarar limites territoriais do quilombo Paiol de Telha” e teve ampla repercussão junto a organizações da sociedade civil paranaense, especialmente aquelas vinculadas às lutas das comunidades e povos tradicionais. Conforme destacou a matéria “o pedido se ancora na Lei de Acesso à Informação, com base na prerrogativa de que ‘não poderá ser negado acesso à informação necessária à tutela judicial ou administrativa de direitos fundamentais’, conforme o artigo 21 da Lei”. (TERRA DE DIREITOS, 2014)

O fato é que, ao longo da história e ainda hoje, a informação vem sendo usada como elemento de poder, seja na perspectiva do controle do Estado sobre a sociedade e da negação do direito, seja como ponte para processos de emancipação social e efetivação de direitos negados ou violados por agentes públicos e privados.

Nesse contexto, é fundamental considerar que a informação não pode ser reduzida a uma visão instrumental, ou seja, a um conjunto de ferramentas de transmissão de conteúdos, mas também como processos sociais de produção de sentidos, em espaços de lutas e negociações.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS: RESULTADOS DA PESQUISA

4.1 A Bússola

A bússola nos aponta o rumo. A direção a seguir, ainda que não nos precise o caminho, nem nos diga o jeito de caminhar. O que, aliás, pode ser bastante positivo, posto que nos dá a liberdade de seguir pelo caminho que entendermos melhor e escolher caminhar do modo que nos for mais interessante ou agradável.

Assim, ao longo das próximas páginas apresento ao leitor uma breve análise sobre as informações reveladas tanto nas rodas de conversa, quanto nos indicadores de saúde levantados e em outras informações surgidas ao longo do processo. Buscarei ainda colocar em discussão algumas questões sobre determinadas verdades pré-estabelecidas acerca do Sistema Único de Saúde e as relações que envolvem sua dinâmica e seu dia a dia. Um breve olhar para o futuro encerra essas notas derradeiras.

4.2 Notas derradeiras: para além dos números

Os números podem revelar aspectos estanques e pontuais de uma dada realidade ou contexto social. São importantes, por exemplo, enquanto indicadores estatísticos que trazem à cena aspectos mais gerais sobre o que se pretende conhecer ou estudar. Contudo, nunca serão suficientes para revelar o emaranhado de relações, interesses e conflitos e as diferentes realidades escondidas por trás de uma média que revela, por exemplo, a renda per capita, o Produto Interno Bruto (PIB) ou mesmo o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) de um município.

Assim, quero aqui trazer algumas reflexões para além dos números apresentados nas páginas anteriores, embora possamos, vez ou outra, tomá-los como ponto de partida para as leituras que faremos a seguir.

Os dados apresentados no Capítulo 1, por exemplo, sobre a transferência de recursos Fundo a Fundo feitas pela União para os municípios do Cariri Oeste, colocam em evidência uma antiga pauta dos municípios brasileiros que envolve a discussão sobre a suficiência ou insuficiência de recursos para as Políticas Públicas de Saúde. Sem entrar no

mérito da questão, uma coisa é possível afirmar: discutir financiamento da saúde, apartado de outras questões, especialmente das práticas cotidianas de gestão e execução do SUS nas esferas locais, pode ser uma tarefa inócua, sem efeitos práticos na vida dos cidadãos comuns, ainda que, eventualmente, se registre ampliação do financiamento.

A prática tem revelado que a centralidade diária em um modelo de saúde médico-hospitalar, com foco prioritário na cura e não na prevenção, contrariando as próprias diretrizes do Sistema Único de Saúde, exigirá cada vez mais recursos financeiros, com cada vez menos resultados efetivos. É preciso, pois, repensar o SUS a partir do diálogo amplo entre gestores, profissionais de saúde e usuários do Sistema e uma visão mais alargada sobre o assunto.

Ao mesmo tempo, é preciso assumir o compromisso ético com o cuidado e a centralidade na vida, distante da lógica de mercado que tem pautado a saúde pública no Brasil e com a qual a própria formação dos profissionais de saúde está fortemente comprometida. Isso exigirá a superação de uma cultura fortemente arraigada entre os gestores, profissionais de saúde e usuários do SUS que tem na prevalência de um modelo de saúde predominantemente curativo, nas práticas medicamentosas e na escassez de uma visão integral e integrada de saúde algumas de suas pilstras de sustentação.

A persistência do velho paradigma também nas políticas públicas de saúde - que já não nos serve, não por ser velho, mas por estar visceralmente comprometido com a negação da vida plena - continuará sendo campo fértil para práticas cotidianas em que o acesso à informação e o direito à saúde não irão além da utopia de alguns.

Some-se a tudo isso um forte grau de dependência de fatores e vontades externas, e um nível de organização comunitária bastante frágil ou quase inexistente, revelados pelos diálogos que pautaram as rodas de conversa realizadas nas vinte comunidades ou grupos de comunidades pesquisadas. Com raras exceções, as associações formais locais, quando existentes, enfrentam problemas de desmobilização interna, pouca motivação para a participação, centralização de poder ou de responsabilidades e problemas administrativos, com pendências fiscais junto aos órgãos de registro e controle externo como Receita Federal.

Figura 11 - Roda de Conversa na comunidade de Pedra da Cruz, em Antonina do Norte



Foto: Ana Paula Rodrigues

Ademais, as rodas de conversa trouxeram à tona elementos reveladores de relações de poder locais ainda profundamente marcadas por privilégios e favorecimentos políticos, além do uso de bens e serviços públicos como moeda de troca e geração de atrelamentos e dependências pessoais e político-eleitorais.

Essas práticas e as relações de poder a elas vinculadas se sustentam em alguns elementos históricos, sendo um dos principais deles o baixo nível de informação e conhecimento da população sobre políticas públicas e seus direitos. Some-se a isso os índices pouco modificados, ao longo dos anos, de concentração de renda e poder econômico e político e o desinteresse dos agentes públicos locais, especialmente aqueles detentores de mandatos eletivos, pelo incentivo à participação e ao controle social, numa relação inversamente proporcional ao que vem sendo buscado por alguns governos estaduais e municipais nas últimas décadas e vinha sendo buscado, com mais ênfase ainda, pelo governo federal até pouco tempo atrás, antes do processo de ruptura democrático iniciado em 2015.

Manter esse status quo é, portanto, uma questão de sobrevivência para muitas das elites políticas locais, que com raras exceções, encontram na vida pública um caminho para a sustentação e ampliação de outras formas de poder e influência, com projeções para além dos limites do território municipal.

4.3 Um olhar sobre o porvir

Ao encerrar, momentaneamente, minha contribuição aos diálogos que, acredito, o presente trabalho poderá instigar, escolho olhar para o lado cheio do copo e mirar um porvir em que a cidadania encontre campo fértil para se espraiair em cada comunidade que tão pronta e generosamente nos acolheu para as rodas de conversa que nutriram e deram mote para as inquietações e reflexões aqui apresentadas.

Em que pese os sérios problemas enfrentados pelo SUS, especialmente no campo da gestão, é imperioso reconhecer a sua importância e as possibilidades que o mesmo nos apresenta para a construção de políticas públicas de saúde ancoradas no cuidado e no respeito à dignidade humana. Do ponto de vista da concepção e do arcabouço jurídico-normativo o Brasil é detentor de uma das melhores políticas públicas de saúde do planeta.

Voltando aqui às comunidades visitadas durante a consultoria a que me referi no início desse documento, duas questões ficaram evidentes em todas elas: ainda persistem algumas práticas de violação ou negação de direitos e o acesso à informação sobre políticas públicas é escasso, para não dizer quase inexistente.

Assim, entre os desafios que se apresentam pela frente, quatro deles merecem destaque no contexto desse trabalho: [i] qualificar as gestões locais do SUS, compreendendo essa qualificação para muito além da mera capacitação técnica, incorporando a esse componente a dimensão ética; [ii] contribuir para o fortalecimento das organizações locais de base comunitária, como forma de ampliar e fortalecer o seu poder de participação, proposição e intervenção política; [iii] acentuar/ampliar o diálogo entre as instituições públicas, as organizações da sociedade civil e as populações locais como caminho essencial para o aprimoramento dos processos de concepção e execução de políticas públicas, inclusive no campo da saúde; e [iv] articular esforços institucionais junto a órgãos públicos, organismos internacionais, organizações da sociedade civil, universidades, etc., visando a realização de percursos formativos permanentes, integrados e complementares entre si sobre políticas públicas, cidadania e direitos humanos nas comunidades rurais do Cariri¹⁰.

¹⁰ Um importante passo nessa direção foi dado recentemente pelo Instituto Interamericano de Cooperação para a Agricultura (IICA) com a abertura do Edital de Concorrência nº 070/2016, para “Contratação de Pessoas Jurídicas do Terceiro Setor para Prestação de Serviços de aplicação de Capacitação em Acesso às Políticas Públicas de pessoas localizadas em 300 (trezentas) Comunidades selecionadas pelo Projeto Paulo Freire”, entre as quais estão as 20 comunidades pesquisadas e outras 66 do Cariri Oeste.

Continuando a escrever na primeira pessoa, quero aqui registrar minha gratidão pela possibilidade da realização do presente trabalho. Que a esperança em dias melhores e a consciência de que direito, respeito e dignidade são conquistas diárias, se instalem e frutifiquem nos corações e mentes dos homens e mulheres e de todos que não se enquadram nessa classificação binária de gênero e com quem muito aprendi durante os últimos meses.

Escolho encerrar esse ciclo partilhando a poesia de Bráulio Bessa, poeta da pequena cidade de Alto Santo, no interior do Ceará. Assim nos ensina o poeta, valendo-se de uma antiga história sobre **“A força da união”**:

*Um homem sábio, já velho
Com olhar vago, distante
Convocou seus quatro filhos
E falou por instante
Lá no fundo do quintal
Tem quatro varas de pau
Por favor, vão lá buscar
E mesmo sem entender
O que o pai mandou dizer
Responderam: é pra já*

***Quatro adultos para o mundo**
Para o pai, quatro crianças
Recebendo uma lição*

*Daquela voz fraca e mansa
Quatro filhos, quatro varas
Frente a frente, cara a cara
E o velho pai ordenou
Que cada um quebre a sua
Depois jogaram na rua
Pedacos do que sobrou*

***Vão buscar mais quatro varas**
Disse o velho, paciente
E falou: porém agora
Vamos fazer diferente
Juntou as varas na mão
Amarrou com um cordão*

*E disse: podem quebrar
Botaram força, gereram
Mas ligeiro entenderam
Que não ia adiantar*

***E o velho disse: meus filhos**
Essa é a minha herança
Não são carros importados
Nem dinheiro na poupança
Lhes deixo essa lição
Caminhar com união
É nosso melhor transporte
Sigam a vida unidos
E jamais serão vencidos
Pois juntos somos mais forte*

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ARTIGOS DE PERIÓDICOS ELETRÔNICOS

CARIRY, Rosemberg. Cariri, a nação das utopias. **Diário do Nordeste**, Fortaleza, 29 nov. 2008, Caderno 3. Disponível em: <<http://diariodonordeste.verdesmares.com.br/cadernos/caderno-3/cariri-a-nacao-das-utopias-1.503134>>. Acesso em: 18 abr. 2016.

LIMA, Waner Gonçalves. Políticas Públicas: discussão de conceitos. Núcleo de Educação, Meio Ambiente e Desenvolvimento. **Interface**, n. 5, Out. 2012. p. 49-54. Disponível em: <<http://www.ceap.br/material/MAT26022013171120.pdf>> Acesso em: 2 maio 2016.

MOURA, Adriana Ferro; LIMA, Maria Glória. A reinvenção da roda: roda de conversa: um instrumento metodológico possível. **Revista Temas em Educação**, João Pessoa, v.23, n.1, p. 98-106, jan./jun. 2014. Disponível em: <<http://periodicos.ufpb.br/ojs/index.php/rteo/article/view/18338/11399>>. Acesso em: 18 abr. 2016.

OHARA. Carlos. Liberação de exames estaria virando moeda política em Matinhos. **Gazeta do Povo**, Curitiba, 8 set. 2007. Disponível em: <<http://www.gazetadopovo.com.br/vida-publica/liberacao-de-exames-estaria-virando-moeda-politica-em-matinhos-amw4uajxjre8q0oqe9yiccb2>>. Acesso em: 7 maio 2016.

SILVEIRA. Henrique Flávio Rodrigues da. Um estudo do poder na sociedade da informação. Brasília, **Ciência da Informação**, v. 29, n. 3, p. 79-90, set./dez. 2000. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/%0D/ci/v29n3/a08v29n3.pdf>>. Acesso em: 3 maio 2016.

DOCUMENTOS ELETRÔNICOS

ACESSO à informação e controle social das políticas públicas. Brasília: ANDI; Artigo 19, 2009. Disponível em: <http://www.fesmedia-latin-america.org/uploads/media/Accesso_a_informacao.pdf>. Acesso em: 5 maio 2016.

ANDRADE, Janaína. Deputado troca votos por consultas médicas em seu gabinete na ALE-AM. **A Crítica**, Manaus, 21 mar. 2016. Disponível em: <http://acritica.uol.com.br/noticias/Deputado-consultas-medicas-gabinete-ALE-AM_0_1543645638.html>. Acesso em: 7 maio 2016.

BRASIL. Controladoria-Geral Da União (CGU). **Acesso à informação pública**: uma introdução à Lei no 12.527, de 18 de novembro de 2011. Brasília: 2011. Disponível em: <<http://www.acessoainformacao.gov.br/central-de-conteudo/publicacoes/arquivos/cartilhaacessoainformacao.pdf>>. Acesso em: 5 maio 2016.

_____. **Coletânea de acesso à informação**. Brasília, 2015. Disponível em: <<http://www.acessoainformacao.gov.br/central-de-conteudo/publicacoes/arquivos/coletanea-lei-de-acesso-a-informacao.pdf>>. Acesso em: 5 maio 2016.

_____. Secretaria de Prevenção da Corrupção e Informações Estratégicas. **Manual da lei de acesso à informação para estados e municípios**. Brasília: 2013. Disponível em: <http://www.cgu.gov.br/Publicacoes/transparencia-publica/brasil-transparente/arquivos/manual_lai_estadosmunicipios.pdf>. Acesso em: 3 maio 2016.

_____. **Lei Nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990**. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Brasília, 1990. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/web_siacs/docs/18142.pdf>. Acesso em: 7 maio 2016.

_____. **Lei Nº 12.527, de 18 de novembro de 2011**. Regula o acesso a informações previsto no inciso XXXIII do art. 5º, no inciso II do § 3º do art. 37 e no § 2º do art. 216 da Constituição Federal; altera a Lei no 8.112, de 11 de dezembro de 1990; revoga a Lei no 11.111, de 5 de maio de 2005, e dispositivos da Lei no 8.159, de 8 de janeiro de 1991; e dá outras providências. Brasília, 2011. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/lei/112527.htm>. Acesso em: 5 maio 2016.

_____. **Decreto Nº 6.170, de 25 de julho de 2007**. Dispõe sobre as normas relativas às transferências de recursos da União mediante convênios e contratos de repasse, e dá outras providências. Disponível em: <<https://bvc.cgu.gov.br/bitstream/123456789/3743/1/DECRETO+N%C2%BA+6.170%2C+D+E+25+DE+JULHO+DE+2007.pdf>>. Acesso em: 5 maio 2016.

_____. **Decreto Nº 7.508, de 28 de junho de 2011**. Regulamenta a Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Brasília: 2011. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/D7508.htm>. Acesso em: 05 maio 2016.

_____. **Lei Nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, 1990. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm>. Acesso em: 25 abr. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução n.º 333, de 4 de novembro de 2003**. Aprova as diretrizes para criação, reformulação, estruturação e funcionamento dos Conselhos de Saúde. Brasília, 2003. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/livros/resolucao_333.pdf>. Acesso em: 7 maio 2016.

_____. **Diretrizes para a programação pactuada e integrada da assistência à saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: <<http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/DiretrizesProgPactuadaIntegAssistSaude.pdf>>. Acesso em: 05 maio 2016.

_____. **Para entender o controle social na saúde**. Brasília: Ministério da Saúde; Conselho Nacional de Saúde, 2014. Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/para_entender_controle_social_saude.pdf>. Acesso em: 7 maio 2016.

_____. **Portaria Nº 201, de 3 de novembro de 2010.** Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/svs/2010/prt0201_03_11_2010.html>. Acesso em: 23 abr. 2016

_____. **Portaria Nº 1.820, de 13 de agosto de 2009.** Dispõe sobre os direitos e deveres dos usuários da saúde. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt1820_13_08_2009.html>. Acesso em: 20 abr. 2016.

_____. **O SUS de A a Z: garantindo saúde nos municípios.** 3. ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2009. Disponível em: <http://dms.ufpel.edu.br/ares/bitstream/handle/123456789/25/sus_3edicao_completo.pdf?sequence=1>. Acesso em: 20 abr. 2016.

CAPPRA, Ricardo. **A era do poder compartilhado.** 2013. Disponível em: <<https://cappra.com.br/2013/05/29/a-era-do-poder-compartilhado/>>. Acesso em: 3 maio 2016.

CEARÁ. Secretaria da Saúde. **Caderno de Informação em Saúde: região de saúde: Crato.** Fortaleza: 2013. Disponível em: <<http://www.saude.ce.gov.br/index.php/downloads/category/83-cadernos-de-informacao-em-saude>>. Acesso em: 18 abr. 2016.

_____. Secretaria do Planejamento e Gestão. **Perfil básico regional 2012: macrorregião Cariri/Centro Sul.** Instituto de Pesquisa e Estratégia Econômica do Ceará (IPECE). 2012. Disponível em: <<http://www.ipece.ce.gov.br>>. Acesso em: 14 abr. 2016.

_____. **Perfil básico regional 2014: macrorregião Cariri/Centro Sul.** Instituto de Pesquisa e Estratégia Econômica do Ceará (IPECE). 2014. Disponível em: <<http://www.ipece.ce.gov.br>>. Acesso em: 14 abr. 2016.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. **Direito à comunicação e informação para consolidar a democracia e o direito à saúde:** carta aos/às participantes da 15ª Conferência Nacional de Saúde. 2015. Disponível em: <https://portal.fiocruz.br/sites/portal.fiocruz.br/files/documentos/direito_a_comunicacao_e_informacao_para_consolidar_a_democracia_e_o_direito_a_saude.pdf>. Acesso em: 5 maio 2016.

GIOVANNI, Geraldo Di. **As estruturas elementares das políticas públicas.** Campinas (SP): NEPP/UNICAMP. 2009. Caderno de Pesquisa N. 82. Disponível em: <<https://observatorio03.files.wordpress.com/2010/06/elementos-das-politicas-publicas.pdf>>. Acesso em: 2 maio 2016.

IBGE. **Censo Demográfico 2010.** 2010. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/>>. Acesso em: 14 abr. 2016.

JARA, Carlos Julio. **El buen vivir rural es un emergente sistémico: su despliege desde las comunicaciones y las redes sociales.** Quito: SENPLADES, 2013. Disponível em: <<https://nedetsufca.files.wordpress.com/2016/02/el-buen-vivir-emergente-sistc3a8mico.pdf>>. Acesso em: 3 maio 2016.

MORONI, José Antonio. Os cinco eixos do controle social. In: **ACESSO à informação e controle social das políticas públicas**. Brasília: ANDI; Artigo 19, 2009. p. 40-43. Disponível em: <http://www.fesmedia-latin-america.org/uploads/media/Accesso_a_informacao.pdf>. Acesso em: 5 maio 2016.

PINHO, Joelmir. **Da casa grande ao palácio**. 2014. Disponível em: <<https://joelmirpinho.wordpress.com/2014/01/10/da-casa-grande-ao-palacio/>>. Acesso em: 18 abr. 2016.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Constituição da Organização Mundial da Saúde (OMS/WHO)** – 1946. USP. Disponível em <<http://www.direitoshumanos.usp.br/index.php/OMS-Organiza%C3%A7%C3%A3o-Mundial-da-Sa%C3%BAde/constituicao-da-organizacao-mundial-da-saude-omswho.html>>. Acesso em: 10 abr. 2016.

_____. **Declaração de Alma-Ata**. Relatório da Conferência Internacional sobre Cuidados Primários em Saúde: Alma-Ata, URSS, 6-12 de setembro de 1978. Brasília: UNICEF, 1979. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/39228/5/9241800011_por.pdf>. Acesso em: 10 abr. 2016.

TEIXEIRA, Elenaldo Celso. O papel das políticas públicas no desenvolvimento local e na transformação da realidade. AATR- BA, 2002. Disponível em: <http://www.dhnet.org.br/dados/cursos/aatr2/a_pdf/03_aatr_pp_papel.pdf>. Acesso em: 2 maio 2016

TERRA DE DIREITOS – Organização de Direitos Humanos. **INCRA atrasa mais de um ano para declarar limites territoriais do quilombo Paiol de Telha**. Curitiba, 2014. Disponível em: <<http://terradedireitos.org.br/2014/04/11/incra-atrasa-mais-de-um-ano-para-declarar-limites-territoriais-do-quilombo-paiol-de-telha/>>. Acesso em: 6 maio 2016.

_____. **Ofício 42/2014**. Informações acerca da morosidade para publicação da portaria de titulação do território da comunidade quilombola Invernada Paiol de Telha. Curitiba, 04 abr. 2014. Disponível em: <<http://terradedireitos.org.br/wp-content/uploads/2014/04/Of%C3%ADcio-INCRA-comunidade-Quilombola-Paiol-de-Telha.pdf>>. Acesso em: 6 maio 2016.

WEBER, Max. **Três Tipos Puros de Poder Legítimo**. 1922. Disponível em: <http://www.lusosofia.net/textos/weber_3_tipos_poder_morao.pdf>. Acesso em: 2 maio 2016.

LIVROS

BRASIL. **Lei de responsabilidade fiscal**: lei complementar nº 101, de 04 de maio de 2000. Brasília: Senado Federal/Subsecretaria de Edições Técnicas, 2005.

_____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Sistema Único de Saúde**. Brasília: CONASS, 2007.

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

FREIRE, Paulo. **Pedagogia do oprimido**. 17. ed. Rio de Janeiro, Paz e Terra, 1994.

HOBBS, Thomas. **Leviatã**: ou matéria, forma e poder de uma república eclesiástica e civil. São Paulo: Marins Fontes, 2003.

NAÍM, Moisés. **O fim do poder**: nas salas da diretoria ou nos campos de batalha, em Igrejas ou Estados, por que estar no poder não é mais o que costumava ser? São Paulo: LeYa, 2013.

NIETZSCHE, Friedrich. **Assim falou Zaratustra**. 13.ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2005.

RISI JUNIOR, João Baptista; NOGUEIRA, Roberto Passos. As condições de saúde no Brasil. In: FINKELMAN, Jacobo (Org.). **Caminhos da saúde pública no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2002. p. 117-234.

SECCHI, Leonardo. **Políticas Públicas**: conceitos, esquemas de análise, casos práticos. São Paulo: Cengage Learning, 2010.