

**OS DILEMAS DO SANEAMENTO AMBIENTAL E A
CONSTRUÇÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE.
THE PROBLEMS OF SANITATION IN SMALL
MUNICIPALITIES GAUCHAS AND THE
CONSTRUCTION OF HEALTH PUBLIC POLICIES.**

Aloisio Ruscheinsky*
Glademir Schwinge**

RESUMO: Neste trabalho discute-se a efetividade ou não de políticas de saneamento e seu nexos com a definição das políticas públicas de saúde, alinhada às formas de participação em instâncias deliberativas. A nossa interrogação reporta-se ao controle social para pautar os problemas de saneamento ambiental e cujas soluções adequadas promovem o bem-estar prevenindo doenças. A partir de um recorte regional avalia-se a percepção quanto à construção de prioridades nos sistemas locais de saúde. Para a análise, do ponto de vista metodológico, os Planos Municipais de Saúde foram examinados quanto ao esgotamento sanitário, manejo de resíduos e qualidade da água. Para coleta de material foram examinados todos os planos de saúde e entrevistou-se conselheiros sobre a política pública construída no respectivo espaço deliberativo, suas características e condicionantes. Os resultados apontam uma tendência de prioridade à doença e suas repercussões no espaço de abrangência. Os planos tendem a ser sucintos ou mesmo omitem os temas ambientais, e a promoção do bem-estar como nexos entre ambiente-saúde está ausente no horizonte desta forma de controle social.

Palavras-chave: saneamento; políticas públicas; controle social; conselhos; percepção ambiental.

* Doutor em Sociologia e Professor do Programa de Pós-graduação em Ciências Sociais da Universidade do Vale do Rio dos Sinos (Unisinos), São Leopoldo, RS, Brasil; e-mail: aloisior@unisinos.br

** Doutor em Ciências Sociais e Professor Adjunto na Universidade do Vale do Taquari (Univates), Lajeado, RS, Brasil; e-mail: glademirs@gmail.com

ABSTRACT: *In this paper we discuss the effectiveness or not of sanitation policies and its link with the definition of public health policies, in line with the forms of participation in deliberative bodies. Our question reports to the social control for policy issues for sanitation, whose appropriate solutions promote the welfare and preventing diseases. From a regional crop evaluates the perception of the building priorities in local health systems. For the analysis, from a methodological point of view, were examined the town health plans about consumption water, sanitary sewage, solid and liquid waste destination. To collect material were examined all local health plans and interviewed advisers on public policy built on its deliberative space, their characteristics and constraints. The results indicate a priority tendency to the disease and its effects on the repercussions scope of space. The plans tend to be brief or even omit the environmental issues and the promotion of well-being as a nexus between health environment is absent on the horizon of this form of social control.***Key words:** *sanitation; public policy; social control; councils; environmental perception.*

INTRODUÇÃO

A análise das políticas públicas consolida um dos campos de investigação constituindo-se no formato interdisciplinar, inclusive para além dos enfoques das ciências sociais. As múltiplas dimensões analíticas, as diversas perspectivas teórico/metodológicas ou paradigmas tem sido objeto de consideração de diversas publicações acadêmicas. Os dilemas a mostrar referem-se tanto ao horizonte político em que se conduzem as ações atinentes ao saneamento ambiental, quanto à construção de políticas públicas de saúde a nível local. A nossa interrogação passa pela configuração da gestão social em face da relação sociedade-natureza implicada no binômio das políticas pública de saúde e da sustentabilidade socioambiental.

Neste artigo tratamos da análise de problemas socioambientais pertinentes ao saneamento e de que maneira incidem no âmbito municipal e sua relação com o campo da saúde em uma região do

Rio Grande do Sul, o Vale do Taquari. A partir do recorte territorial da 16ª Regional de Saúde, no Rio Grande do Sul, a qual comporta 42 municípios, avalia-se a percepção dos conselheiros destes pequenos municípios quanto à sua participação na definição de prioridades na construção dos sistemas locais de políticas públicas. O esgotamento sanitário, a produção e destino de resíduos sólidos e líquidos, a potabilidade da água são temas cotidianos das grandes, médias e pequenas cidades. Especificamente, buscamos compreender estes temas dentro dos Planos Municipais e as concepções dos respectivos conselheiros quanto às relações que atribuem entre saúde e ambiente.

A partir do pressuposto de que os espaços micro, como os pequenos municípios do interior do estado, tendem a estar sujeitos a uma maior determinação externa devido a sua dependência cultural e política. Neste sentido, a questão central nesta investigação consiste em interrogar se o nexos entre meio ambiente e saúde está no horizonte das discussões sobre os parâmetros de concepção e de avaliação das políticas públicas. A resposta a esta questão depende, em grande medida, da articulação destas políticas no âmbito da gestão municipal em combinação com os Conselhos Municipais de Saúde (CMS). Com efeito, trata-se da responsabilidade sobre o desenvolvimento de políticas de saúde que consideram a questão ambiental (e seus problemas).

Os problemas socioambientais, compreendidas aqui como aquelas relacionadas aos resíduos sólidos (lixo), esgotamento sanitário e qualidade da água, estão na realidade de todos os municípios, em maior ou menor dimensão. No entanto, se habitam o horizonte de preocupações da gestão local, da representação política ou da própria população é outro ponto. Estes problemas impactam as condições de vida e, portanto, a nosso ver, deveriam estar no campo de ação das políticas públicas de saúde. É deste ponto de vista que lançamos interrogações sobre a articulação CMS / problemas socioambientais / políticas (setoriais e intersetoriais), na perspectiva de qualificar a atenção ao bem-estar da população e, para tanto, foram investigados Planos Municipais de Saúde (PMS) e entrevistados 14 conselheiros, de dois municípios, com o objetivo de colher elementos para a análise que debate enseja.

As políticas públicas de saúde organizadas em base normativa são delineadas participativamente, tendo como partícipes a União, estados e municípios. São muitos os atores que incidem sobre a questão, mas, para fins da análise, nos debruçamos neste artigo sobre aqueles que atuam efetivamente dentro dos CMS. Estes possuem entre as suas atribuições, em última instância, de concretizarem a esperança de que a participação da comunidade/controlado social se dê de forma qualificada e protagonista, para um sistema de saúde equitativo, integral e universal.

As desigualdades como questão social e sua relação com a Saúde

Na perspectiva dialética contrapõe-se realidades sociais absolutamente distintas perpassados por interesses contrapostos. De um lado um poder hegemônico fortemente enraizado, concentrando alto capital social e poder simbólico (Bourdieu, 2008) e que imputa aos pobres a crença quanto à possibilidade de acender socialmente mediante o trabalho árduo e submisso ao capital. As conquistas sociais inscritas na Constituição Cidadã de 1988 significaram uma valorização de longos anos de empenho em direção inversa às desigualdades persistentes. Do outro lado, atores sociais historicamente submetidos ao poder simbólico, com poucos recursos para reagir à situação, conjugando-se a uma lógica conservadora e liberal que domina o cenário social, buscando manter o status estabelecido.

No caso da saúde, nesta perspectiva liberal um sistema universal e gratuito seria injusto, na medida em que aquele cidadão que trabalha, tem renda suficiente e consegue comprar serviços de saúde será penalizado, já que parte do imposto que paga ajuda a financiar o cuidado daqueles sujeitos que não contribuem com um pagamento sistemático. Nesta lógica uma perspectiva econômica sobrepondo-se aos direitos à saúde como direito fundamental, conquanto significativo do direito de viver.

Neste escopo teórico acima ignoram-se as demandas fundamentais dos indivíduos como sujeitos no desenvolvimento de sua condição humana, especialmente enquanto atores com ação sócio-política. As demandas sócio-políticas coletivas implicam reconhecimento da cidadania,

visualizando-se por meio aspirações condizentes ao padrão de vida. Na sociedade moderna a distinção qualifica as posições sociais, modelo ao qual se critica na medida em que legitima ou naturaliza as desigualdades. Parece acertado reconhecer que cada cultura possui metas diferenciadas, como demandas relacionadas à saúde, educação, bens naturais, habitação, alimentação. Para alguns autores existiria um anseio de localizar um fecho de necessidades que possuiriam características e possibilidade de satisfação universal (Heller, 1996). Para outros, haveria como ressaltar o inevitável caráter arbitrário de qualquer tentativa neste sentido, uma vez que numa sociedade de classes estes interesses são irreconciliáveis. As necessidades históricas atuais ou futuras, reais ou imaginárias, subsistem não importam o sexo, a idade, a etnia, e mesmo a cultura. O fato universal e objetivo, de acordo com a teoria das necessidades (Heller, 1996), é que todos os cidadãos indistintamente as possuem como demanda social. Há o reconhecimento da sua existência ao mesmo tempo universais e particulares de acordo com as circunstâncias.

O enfoque para a abordagem das políticas públicas tem duas ênfases predominantes: a partir das necessidades humanas, com o risco da conotação negativa e da ausência de sujeitos; a partir do discurso teórico e político focalizando a categoria sociológica de direitos e como via de consolidação da cidadania.

A vida quantificada prevalece numa sociedade orientada pelo viés econômico, na qual as necessidades essenciais se são consideradas, não alçam a condição de prioridade. Acessar aos recursos tecnológicos para garantir o direito de preservar as condições de saúde adequadas é para poucos num modelo organizado em torno do poder hegemônico. Instituem-se políticas públicas compensatórias de alta amplitude, pouco resolutivas, que mascaram os problemas epidemiológicos e sociais de maior relevância. As favelas continuam insalubres, cujas restrições quanto ao saneamento, água potável, trafegabilidade tornam-se tais requisitos necessidades sócio-políticas nada abstratas na vida destes cidadãos à margem do olhar mais apurado da sociedade. Na expressão de Benevides (2001), a cidadania democrática não é possível neste cenário de heterogeneidades na medida em que impede a garantia da dignidade humana.

A estrutura da desigualdade está incorporada no discurso social, de tal forma que se encontra naturalizada no imaginário das pessoas, embora a população brasileira em sua grande maioria perceba o país como muito desigual nas oportunidades auferidas aos indivíduos e coletivos (Paugam, 1999; Scalom, 2004). Vencer a desigualdade, ascender socialmente é uma aspiração justa, legítima, embora “as pessoas acreditem menos nos investimentos individuais como obter recompensa do que em sua ‘boa estrela’” (Scalom, 2004, p. 25). Acessar as políticas públicas, as ações e serviços públicos, não raro depende de ‘sorte’, ou de boas relações, muito mais do que na garantia de um direito. O fato leva ao descrédito das instituições, a deturpação da norma, reafirmando a disparidade de oportunidades. No dizer de Benevides (2001, p.11), “os direitos civis e políticos exigem que todos gozem da mesma liberdade, mas são os direitos sociais que garantirão a redução das desigualdades de origem, para que a falta de igualdade não acabe gerando, justamente, a falta de liberdade”.

Amparado em dados coletados ao longo das últimas décadas do século XX Henriques (2000) identifica o Brasil como o “campeão mundial da desigualdade”. O contingente de pobres apresenta-se alto e afirma que o “Brasil não é um país pobre, mas um país injusto com muitos pobres” (p. 4). Neste contexto, para mudar esta realidade caberia criar mecanismos para que as riquezas alcancem canais distributivos, diminuindo as disparidades tanto de renda, quanto o capital social e cultural. Este autor defende o crescimento da renda per capita ou a distribuição mais igualitária da renda atualmente percebida como formas adequadas para combater a pobreza.

Em duas décadas a realidade social se modificou, mas ao mesmo tempo nem tanto assim. Barros *et al* (2000), com amparo em dados da PNAD – Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios - identificam no Brasil do ano de 1998 um total de 21,4 milhões (13,9% da população) de indigentes e 50,1 milhões de pobres (32,7%), afirmando que este contingente enquanto consumidor se restringe à sobrevivência, gastando sua renda na alimentação, vestuário e transporte prioritariamente.

Neste contexto emerge a questão social da saúde como umas das necessidades sociais elementares. O tema da Saúde está inscrito

na temática da Ordem Social da Constituição Federal de 1988 (Art. 194; 198) e está incluído nas ações relativas à seguridade social, conjuntamente à previdência social e a assistência social-. Reafirmam-se aqui os princípios da universalidade e da equidade. No entanto, no que se refere à saúde como política pública os pleitos são heterogêneos. Cabe antes disto definir o que é “necessidade essencial” em termos de saúde, visto a amplitude de conceitos que derivam do termo. Se para muitos sujeitos “saúde” significa apenas a ausência de doenças ou o ‘sentir-se bem’, para outros significa condições de vida dignas e que permitam o alcance da felicidade-.

Neste sentido, a política de saúde proposta pelo SUS no Brasil vem sendo enfocada no princípio da integralidade da atenção, o que em síntese significa que as políticas devem vislumbrar sempre ações de promoção à saúde, a prevenção de agravos, a assistência, a vigilância em saúde e a educação. Em outras palavras, a saúde é um processo que não se encerra no diagnóstico-terapia, pelo contrário, o processo de adoecimento tem relações multidimensionais. Partindo deste entendimento, é factível crer que não basta ao Estado oferecer uma rede de prestação de serviços de saúde organizada para instaurar imediatamente uma perspectiva de vencer a desigualdade social na qual vivem os usuários.

Um bom exemplo de mudança no modelo tecnoassistencial se reflete na Política Nacional de Atenção Básica em Saúde, que contempla em seu bojo a política da Estratégia de Saúde da Família (ESF), pelo qual uma equipe de saúde (formada minimamente por um médico, um enfermeiro, um técnico de enfermagem e 4 a 7 agentes comunitários de saúde) é montada e se responsabiliza por um conjunto de 3 mil a 4,5 mil pessoas de dado território, desenvolvendo com estas pessoas não apenas ações de saúde, da forma clássica, mas buscando a qualificação do capital social circulante, o empoderamento dos sujeitos e a melhoria das condições de vida gerais deste território (Schwengel, 2008). Embora os resultados não sejam homogêneos, os bons exemplos quanto aos resultados proliferam em vasta literatura. Uma das prerrogativas na implantação da ESF nos municípios implica em priorizar as áreas socialmente mais fragilizadas, com maiores dificuldades de moradia, de saneamento, de renda, de informação, com

a intenção de impactar rapidamente os indicadores socio sanitários vigentes, reduzindo a mortalidade, o adoecimento, entre outras situações que representam risco à vida da população atendida.

Explorando o espaço da investigação: o Vale do Taquari e as condições sócio-sanitárias

No espaço da investigação a ser explorado pretende-se, entre outros aspectos, compreender uma ênfase das relações sociedade civil e Estado. Neste sentido, conferir como as relações políticas entre grupos, indivíduos, instituições, associações impactam na formulação de políticas públicas de saúde. Cabe aludir inicialmente a alguns limitantes da participação e da criação dos conselhos de saúde a partir da legislação e como tal podem ser algo alheio à dinâmica real dos atores locais. Para esta região em estudo talvez faça sentido compreender uma situação que se caracteriza como cidadania concedida, visando a participação expressa nos conselhos. A organização forjada pode inclusive atribuir a entidades da sociedade civil, ou entidades de classe uma responsabilidade da representação de maneira arbitrária para demandas na área da saúde.

Os municípios dos quais foram avaliados os PMS e entrevistados conselheiros são da região do Vale do Taquari, especificamente na área da 16ª Coordenadoria Regional de Saúde (16ª CRS). Frequentemente associa-se a região com a ausência de problemas sociais e ambientais relevantes, em sua maior parte devido a serem municípios de pequeno porte. Contudo, tal percepção não se confirma sob a análise da realidade local, pois de acordo (Veras, 1999) a pobreza, a exclusão e a segregação social também estão no cotidiano regional. O campo da saúde não está excluído deste debate, visto que garantir o seu direito na perspectiva do Sistema Único de Saúde (SUS) tem sido uma luta social reiterada.

Demograficamente, a região cresceu 13,8% no período 2000-2013, alcançando a população de 341.935 pessoas, o que representa um acréscimo absoluto de 41.428 habitantes no período (IBGE, 2013). Chama à atenção a alta incidência de municípios muito pe-

pequenos, havendo 15 com população inferior a três mil habitantes e 8 com população entre três mil e cinco mil habitantes, ou seja, 23 (62,1%) dos municípios estão nesta faixa populacional. A característica da região vai ao encontro da tendência verificada em todo o Rio Grande do Sul. No estado, entre seus 496 municípios, 45,5% (226) têm menos de cinco mil habitantes (IBGE, 2012). Em sua maioria, são pequenos municípios com área geográfica limitada e população estável, o que está de acordo com as características fundamentais da maioria dos municípios criados nas últimas décadas (Fávero, 2004).

Do seu contingente populacional, 73,85% dos habitantes da região do Vale do Taquari são considerados moradores urbanos e 26,15% como residentes na zona rural, conforme apurado no Censo de 2010 (IBGE, 2012). No dado geral do Estado, o censo em questão apontou que 85,1% dos gaúchos moram em zonas urbanas e 14,9% na zona rural. Não procedemos numa análise mais aprofundada sobre este quesito, mas há na região uma série de municípios nos quais a população urbana é menor que a população rural, tais como Canudos do Vale (22,7% urbana, 441 pessoas, e 77,3% rural, 1.396 pessoas) ou Putinga (38,1% urbana 1.577 pessoas, e 61,9%, 2.564 pessoas, na zona rural). No pólo contrário, como eminentemente urbano, está Lajeado, com 99,6% residentes na área urbana (71.180, em 2010) e apenas 265 (0,4%) em áreas rurais (IBGE, 2010).

Segundo dados do Censo de 2000 do IBGE, no Brasil, o esgotamento sanitário via rede geral de esgotos alcançava 26,3% da população naquele ano. Na região em destaque a cobertura não ultrapassava os 7,9% no mesmo período e este índice, portanto representa menos que a terça parte da média nacional. O dado em si demonstra que a região carecia à época de soluções mais adequadas para o esgotamento sanitário e, por conseqüência, os dejetos líquidos gerados, em sua maioria, eram lançados ao ambiente sem tratamento, causando contaminações que, à priori, são nocivas à saúde da população. Mota (1999), Bermudez (2012) entre outros destacam os baixos investimentos públicos na implantação de redes de esgotamento sanitário ao longo do tempo, o que causou déficit em todo país, ou uma dívida social pois implica em índices de cobertura insuficientes. Heller (1997), da

mesma forma Piterman; Heller; Rezende (2013) relacionam que a falta de investimentos em saneamento ambiental trouxe repercussões negativas sobre a saúde da população. Hochmann (2012), por outro lado, destaca que os investimentos iniciais em saneamento no Brasil ocorrem nas primeiras décadas do século XX, especialmente nas grandes capitais nacionais, ao tempo em que o mesmo não ocorreu de forma homogênea nas demais cidades, o que se reflete ainda hoje com a baixa cobertura verificada em cidades de menos porte.

Ainda segundo o Censo de 2000, 44,2% das residências da região possuíam fossas sépticas e 26,3% tinham fossas sépticas rudimentares, totalizando 70,5% dos domicílios (IBGE, 2000). No país, este percentual era de 65,3% naquele ano. Por outro lado, enquanto que no Brasil 2,5% os domicílios não tinham instalação sanitária, na região o percentual alcançava 3,9%, conforme apurado. Preliminarmente, estes números permitem inferir que os problemas relacionados ao esgotamento sanitário são destaque na região da 16ª CRS, na medida em que os dados revelam que as deficiências se aproximam àquelas verificadas em todo território nacional e, em alguns quesitos a região apresenta resultados consideravelmente piores que aqueles verificados em nível nacional. Quanto ao manejo e destino dos resíduos sólidos (lixo), analisando dados gerados a partir do SIAB (Sistema de Informações da Atenção Básica), na área coberta pela ESF (Estratégia de Saúde da Família) e Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde (EACS), em abril de 2012 esta ação pública alcançava na região um total de 72.356 famílias, das quais 56.509 (78,1%) tinham os seus resíduos sólidos recolhidos (SIAB, 2012). Estes dados são coletados a partir de inquérito feito pelos agentes comunitários de saúde (ACS), que acompanham as famílias regularmente (BRASIL, 2013).

Com efeito, em 2007, 25,1% das famílias do Vale do Taquari queimavam ou enterravam o lixo e 4,9% jogavam-no a céu aberto (Schwingel, 2008). Em abril de 2012, 14.053 (19,4%) famílias ainda queimam o lixo ou enterram-no e 1.794 (2,5%) lançam-no a céu aberto (SIAB, 2012), o que representa um percentual de 21,9%, valor que podemos considerar alto e que demanda solução, em que pese ter reduzido substancialmente num período de cinco anos. Em núme-

ros absolutos, 15.847 famílias têm o destino de seus resíduos sólidos com destino inadequado.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) define o saneamento como o controle dos fatores ambientais que incidem sobre o cotidiano, exercendo efeitos nocivos nos aspectos cultural, físico, mental e social. Neste contexto, ocorrem desdobramentos que levaram do conceito de saneamento básico para o enfoque de saneamento ambiental, amplamente mais apropriado para o interesse da presente investigação. O fenômeno em destaque tem um viés econômico, cultural e político, para não dizer prioritariamente educativo, permeado por ações concretas que visam maior salubridade ambiental, entendida como uma condição saudável da população, tanto urbana quanto rural, livre de endemias/epidemias e com condições de vida adequadas.

Compreender as relações do saneamento do meio com a saúde humana torna-se assim fator importante no processo de planejamento integrado tanto do abastecimento de água quanto no esgotamento sanitário (Heller, 1997; Piterman; Heller; Rezende, 2013). Na história brasileira a formulação das políticas de saúde e do saneamento cumpriu um papel relevante no incremento substancial da presença de iniciativas do Estado junto à organização da sociedade, ambas possuem uma dimensão territorial expressiva (Marques, 1999; Hochmann, 2012). Ambas atestam a coletivização da proteção dos cidadãos em face de vulnerabilidades sociais desdobrando na gênese de políticas sociais. O desfecho do processo de construção indica a presença de um diagnóstico de um fenômeno social ou a forma pela qual as elites enfrentaram e enfrentam os dilemas e impasses gerados pela interdependência social entre saúde e questões sanitárias. Nesta medida, é usual estudos acadêmicos destacarem que o impacto de medidas de saneamento (qualidade da água, esgotamento sanitário, destino adequado de resíduos, controle de vetores) sobre o bem-estar humano, a partir de pesquisas realizadas em países desenvolvidos.

Os PMS na Região do Vale do Taquari: inserção do tema Saneamento/Resíduos/Água

Em setembro de 2012, do total de municípios da 16ª CRS à época (42), 34 (80,9%) municípios tinham o seu PMS em vigor, 02 (4,7%) municípios tinham o seu PMS vencido e 06 (14,3%) municípios aparentemente não possuíam PMS. O cenário indica que no Vale do Taquari, 08 (19%) municípios estavam irregulares no quesito Plano Municipal de Saúde, em desacordo com a legislação vigente quanto ao tema. Já dentre os 34 municípios com PMS em vigor, para a grande maioria destes o período de vigência encerrou-se no final de 2012 ou em 2013, coincidindo com o tempo de gestão política da administração municipal. Deste conjunto de municípios, foram analisados 24 PMS quanto ao seu conteúdo relacionado aos resíduos, água e as respectivas políticas públicas em andamento ou planejadas.

As políticas públicas relativas ao saneamento ambiental e a cobertura dos serviços de saúde apresentaram uma caracterização similar nas últimas duas décadas devido à ênfase na ampliação e na modernização. No mais o planejamento nas duas áreas progressivamente compreende não mais a marginalidade entre elas, mas senão a profunda influência mútua ou sua interdependência. Para subsidiar a análise, nos debruçamos sobre 24 Planos Municipais de Saúde (PMS), todos em vigor à época da análise, formulados entre 2009/2010 e vigentes até os anos de 2012/2013, arquivados junto à 16ª CRS/SES/RS. Os respectivos PMS foram analisados em seu conteúdo, segundo proposto por Bardin (2004) buscando-se identificar em seu texto a incidência temática da descrição das políticas públicas setoriais e intersetoriais pautadas por uma leitura das questões socioambientais relacionados ao destino do lixo (resíduos sólidos), qualidade da água e esgotamento sanitário cloacal.

Os dados colhidos na análise dos 24 PMS foram compilados, permitindo-se a inferência e a reflexão sobre as informações contidas nas mesmas. De antemão, é importante realçar que determinado tema constar no PMS não significa, necessariamente, que o mesmo esteja em pleno desenvolvimento nas ações e serviços de saúde local. Trata-se,

antes de tudo, de uma intenção institucionalizada em documento formal e que poderá balizar a atuação da gestão municipal, na definição de diretrizes governamentais. Em tese, o que consta no PMS deveria ser compromisso efetivo assumido e pactuado entre a gestão e o controle social.

Parece emblemática a situação em que se move a institucionalização de políticas públicas de saúde e das nuances em face da retórica e da ambiguidade inerente às práticas sociais. Neste sentido, Ruschinsky (2009, p.107) argumenta que “procedimentos e práticas político-institucionais em que não se ‘presta conta real’ aos cidadãos de como se gerenciam de modo diferenciado os negócios públicos, em que o clientelismo se mescla com a corrupção e com as mudanças das ‘regras do jogo’ de acordo com a conveniências da política de interesses”.

O controle das práticas político-institucionais ou o distanciamento de um debate em esfera pública tende a debilitar o processo decisório, bem como uma perspectiva democrática fluida. A debilidade da participação causa preocupação aos alcances da descentralização efetivamente pretendida, e que se vê ampliar os desafios em ampliar na esfera pública a capacidade reflexiva sobre as implicações ambientais.

Na análise dos 24 PMS um primeiro fato merece ser mencionado: há uma grande variedade de formas de descrever os respectivos planos, desde aqueles mais sucintos até outros mais elaborados, tanto no conteúdo quanto na extensão, em número de páginas. O fato em si denota que, à época da elaboração dos PMS não havia a oferta de um modelo/roteiro, o que permitiria um acompanhamento externo mais qualificado, a nosso ver. De uma forma geral, a falta de padronização no desenvolvimento de um diagnóstico situacional e da sistematização de uma intervenção operacional nos parece um obstáculo para o um processo de planejamento estratégico de maior envergadura. A gestão integrada das políticas ou a comunicação entre as instâncias de decisão tende a enfatizar o nexo entre saúde e as medidas de meio ambiente, bem como que o saneamento básico se destaca entre as políticas de desenvolvimento urbano (Torello, 2002). Na prática nos municípios pesquisados o planejamento das políticas de saúde parece distante de um diálogo para uma visão de integração efetiva com promessas das políticas de meio ambiente.

Entre os 24 municípios apenas 4 (16,6%) fazem uma análise mais abrangente na descrição da realidade saúde-doença e na capacidade operacional de enfrentar as questões identificadas num diagnóstico, quais são Putinga, Boqueirão do Leão, Estrela e Teutônia. Há 7 (30,4%) municípios que podemos considerar no outro extremo, que praticamente nada inserem no documento que permita diagnosticar questões relativas a água, saneamento ou resíduos (Doutor Ricardo, Ilópolis, Muçum, Pouso Novo, São José do Herval, Sérico e Vespasiano Correa). Para os demais municípios, estes se encontram com o diagnóstico situacional numa posição intermediária, havendo municípios que se fixam na descrição sócio-demográfica, caracterizando o município, tanto no meio rural quanto urbano. Já outros municípios fazem referência às questões ambientais, mas de forma genérica, acusando dificuldades com efluentes, ou aterro sanitário, mas sem dimensionar o grau desta dificuldade.

No que se refere ao diagnóstico situacional, é recorrente a preocupação de alguns gestores ou funcionários em descreverem os serviços e práticas de saúde que são desenvolvidos no âmbito municipal, tanto na assistência quanto nas ações de vigilância sanitária. Neste quesito, chama a atenção que a água aparece com certa frequência, sendo indicada por pelo menos 5 municípios (Dois Lajeados, Imigrante, Muçum, Poço das Antas e Westfália), que referem ações dirigidas à qualidade, por meio de análises periódicas, o que, aliás, é questão legal, de responsabilidade municipal a partir das atribuições da vigilância em saúde (BRASIL, 2007).

Na análise das informações quanto à água, destaca-se que 5 municípios (Lajeado, Pouso Novo, Fontoura Xavier, Teutônia e Relvado) não apresentaram nenhuma informação sobre ações em desenvolvimento, havendo ainda mais 2 municípios (Putinga e Sérico) com uma descrição sucinta sobre o tema. A água, em que pese ser preocupação constante da Vigilância Sanitária, passou ao largo dos PMS destes municípios, ao menos no texto de seus PMS. Em 17 (70,8%) municípios, são descritas uma série de iniciativas relacionadas ao controle da qualidade da água, ligadas essencialmente ao VIGIÁGUA-, programa federal de vigilância da qualidade da água à

que os municípios estão sujeitos dentro do processo de descentralização da Vigilância em Saúde (Brasil, 2004). As injunções políticas nacionais exerceram um papel fundamental na criação de estruturas deliberativas locais voltadas ao campo da saúde pública em municípios de pequeno porte espalhados pelo território da nação, da mesma forma menos diretamente na operação e na assistência técnica aos serviços de saneamento (Torello, 2002). Nos municípios em destaque na pesquisa de campo tudo indica que não houve um movimento pela criação de serviços autônomos de água e de esgoto, nem mesmo podem forjar programas de capacitação de recursos humanos para a operação local de sistemas de políticas públicas aqui mencionadas.

Os PMS dos 24 municípios também têm poucas informações sobre os temas “esgotamento sanitário e saneamento básico”. Em 14 (58,3%) planos não há nenhuma referência- e na maioria dos demais se apresenta apenas uma rápida descrição das condições atuais, a partir da consulta a sistemas de informação, especificamente dados do IBGE e do SIAB (Sistema de Informações da Atenção Básica). Alguns municípios referem que o esgoto não recebe destino adequado, não clareando o que se quer dizer com isto. Outros informam apenas a existência de rede pluvial cloacal em parte da cidade, atrelando a responsabilidade à CORSAN (Companhia Riograndense de Saneamento).

Entre os 24 municípios, em 9 está ausente a informação sobre resíduos sólidos em seus PMS-. Entre os demais, alguns dão informações sucintas, dizendo que o lixo é recolhido duas a três vezes por semana, não indicando o destino. De outro modo, pelo menos 4 indicam claramente como destino final o aterro sanitário de Minas do Leão- (Canudos do Vale, Imigrante, São José do Herval e Tabai). Há ainda outros que informam ter seu próprio aterro sanitário, como é o caso de Teutônia, que acrescenta que o recolhimento ocorre diariamente na área urbana e uma vez por mês nas localidades do interior. Não há referências nos PMS de nenhum município quanto a políticas públicas quanto ao processo de reciclagem ou coleta seletiva.

Em municípios menores, como Boqueirão do Leão, o qual tem uma área rural extensa, aparece com frequência o litígio da queima do lixo ou mesmo o enterro deste. Não é um caso isolado, pelo menos mais

5 municípios (Canudos do Vale, Forquetinha, Poço das Antas, Putinga e Sério) informaram o mesmo sintoma e preocupação. Tal questão talvez tenha a ver com a extensão territorial maior, que dificulta a coleta pública e, portanto, deixa poucas alternativas à população. Também vale realçar que os seis municípios são de pequeno porte e, talvez, com dificuldades de implementar uma política de recolhimento periódica nas áreas rurais, frente aos custos que tal iniciativa representa.

Nenhum município referiu informações mais consistentes sobre os montantes, a quantidade ou qualidade dos resíduos sólidos/lixo coletados, à exceção de Tabai, o qual informou uma estimativa de seis toneladas produzidas semanalmente. O que se pode depreender das informações coletadas é que nos PMS não se considera esta temática com profundidade e, por conseguinte, será difícil propor alternativas viáveis para enfrentar o tema, em não havendo sequer informações básicas.

Os assuntos tratados nos conselhos e atestado pelos PMS são restritos ao foco específico. Por isto outros graves problemas que afetam diretamente a saúde da população tais como agrotóxicos, queimadas, disposição equivocada de resíduos, esgotamento inadequado, segurança alimentar, local para exercícios físicos e poluição de rios e nascentes não são endereçados ou acolhidos pela agenda do conselho de saúde.

Propostas nos PMS: políticas, programas e projetos em discussão e deliberação

Os PMS avaliados apresentam, em média, poucas informações sobre as políticas/programas ou projetos relacionados aos pontos de foco socioambiental em execução. Na realidade, nos PMS de 10 municípios- não há nada relatado. Entre as ações que são descritas como em realização nos outros municípios, temos o controle da qualidade da água como a principal prática, citada apenas em 7 PMS. Esta questão diz muito a respeito dos significados da água na visão de lideranças destacadas para deliberar a propósito de políticas públicas (Lucena. 2013) e menos sobre a relevância na vida cotidiana. Ações como a vigilância em saúde, vigilância epidemiológica, vigilância ambiental e a implantação de redes de água nas comunidades do interior também

são citadas, mas de forma genérica, sem aprofundamento ou especificação quanto a responsáveis ou outras informações complementares.

Apenas dois municípios apresentaram descrições um pouco mais potentes quanto às ações em desenvolvimento à época de elaboração do PMS. O município de Boqueirão do Leão informa “ações para o saneamento básico, destino adequado do lixo e tratamento da água”, sem aprofundar, no entanto, quais são estas ações, em detalhes. Contudo, na análise global do plano deste município percebe-se que apresenta mais qualidade, sendo bem descritivo e propositivo. O segundo município é Putinga, que em seu plano refere a “inspeção de residências e empresas quanto ao destino do esgotamento sanitário, destino de resíduos sólidos domésticos e industriais, criação de animais em ambiente urbano, destino do dejetos de suínos e queima de resíduos”. Além disto, elenca uma série de outras atividades atinentes à vigilância ambiental e sanitária, demonstrando, ao menos no papel, realizar um trabalho diferenciado neste campo, comparado com seus pares da região.

Em síntese, o que se percebe a partir da análise dos PMS é sua fragilidade enquanto documento norteador das políticas de saúde, na medida em que no quesito água/saneamento/resíduos são restritos em conteúdo e propostas. O questionamento que podemos levantar restringe-se quanto às razões desta fragilidade e, para tanto, justifica-se inquirir os atores participantes. Todavia, uma explicação mais abrangente parece de todo aconselhável.

A invenção do Estado-nação com referência às políticas públicas de saúde, assim como os objetivos para a eficiência dos CMS requerem discursos e práticas sobre a separação entre o público e o privado (Bourdieu, 2009). Na esfera local o corpus profissional e burocrático ligado à saúde pública se consolida sem impedir a apropriação privada de recursos públicos. Os esquemas cognitivos e perceptivos em voga no CMS não deixam cair as máscaras.

Neste sentido, a pretensa irradiação descentralizadora do planejamento e das ações recorrentes na área da saúde é justificada pelos “órgãos estatais que primaram pela descentralização, no esforço de capacitarem-se para a incorporação de demandas [...]” (Ruscheinsky, 2009, p. 21). Ora, a realidade examinada parece distanciar-se

das pretensões originais. Articulam-se o conhecimento da arte da política e o saber no jogo das relações entre a cultura subordinada e o exercício do poder assimétrico

Conselheiros na configuração da ótica da política pública: as articulações no CMS

No âmbito do presente estudo encontram-se no CMS sujeitos tão distintos quanto o médico (e seu grande capital social, especialmente nos pequenos municípios, nos quais transparece ainda mais a condição que lhe atribui um grande poder simbólico, inclusive) e o usuário dos serviços, às vezes um representante de associação de bairro destituído de maior capital social e, a priori, com quase nenhum poder simbólico. Este encontro desigual dá margem aos constrangimentos sociais, reproduzindo-se a desigualdade no meio social, conforme propõe Bourdieu (2009), em outros contextos, embora que em termos formais há paridade de forças, visto que 50% dos participantes provêm da sociedade civil. É importante não perder de vista, no desenho da regulação dos conselhos municipais, o potencial de capilaridade inscrito neles e que se encerra na estrutura formal na medida em que congregam diferentes setores da sociedade local.

Neste cenário de disputa em torno de projetos ao instituir um sistema de saúde unificado com ampla participação política, surge a atribuição de deliberar e planejar a saúde local, segundo a Lei Federal 8142, de 1990. Avritzer (2012, 391) afirma que a regulamentação encaminha

a participação no sistema de saúde através da criação de duas figuras institucionais, quais sejam, as conferências de saúde e os conselhos de saúde. De acordo com a lei, conselhos de saúde serão instituições deliberativas permanentes compostas por representantes do Estado, prestadores de serviços e representantes da população que atuam na elaboração de estratégias, bem como no controle da execução das políticas de saúde em cada um dos níveis de governo (BRASIL, 1990). No rescaldo da aprovação desta lei, muitas cidades brasileiras promulgaram leis locais, todas prevendo a organização de conselhos de saúde baseadas na paridade entre sociedade civil e Estado.

Entre as suas atribuições os CMS possuem a tarefa, em última instância, de concretizarem a esperança de que a participação da comunidade, com o denominado controle social, ocorra de tal forma qualificada que se torne protagonista no processo da política pública local. Para isto importa conferir a mudança adequada ou desejável na condução dos problemas socioambientais que impactam o bem-estar e, de resto, no desenvolvimento de um sistema de saúde equitativo, integral e universal, como preconiza a Constituição Federal de 1988 (CF 1988). Esta mesma aspiração é almejada por movimentos sociais desde décadas, como destacam autores como Carvalho (2007) e Avritzer (2009), entre outros. Outro aspecto preconizado na CF de 1998 e que muito importa destacar para a presente discussão é o que se encontra disposto no artigo 200 porquanto define que o sistema público deve participar da política e da execução das ações de saneamento básico.

O trabalho segue com a realização de 14 entrevistas com conselheiros, oriundos de lugares sociais diferenciados e com trajetórias próprias dentro da realidade do CMS. Os 14 conselheiros selecionados são cidadãos de dois municípios, um de pequeno porte, com menos de três mil habitantes, e outro de porte intermediário na região, considerando os parâmetros populacionais locais. Não identificamos os respectivos municípios e os entrevistados considerando o direito de sigilo dos mesmos, frente aos questionamentos feitos e que poderiam gerar desconfortos ocasionais ou, na pior das hipóteses, represálias de qualquer ordem. Os sujeitos foram escolhidos por conveniência, que quando consultados se dispuseram a participar. Optamos por interrogar sete representantes de cada um dos municípios, das quatro representações que estão legalmente instituídas nos CMS: a) gestor (G); b) trabalhador da saúde (T); c) usuários (U) e d) prestadores de serviços (P).

Entre nossas preocupações de pesquisa coloca-se o exame do papel dos membros indicados por grupos sociais para integrar estruturas deliberativas, ao mesmo tempo como neste transcurso em particular se fazem presentes aspectos normativos e institucionais (Cortes, 2013). Em menor parcela aparece na análise como as estruturas sociais, configuradas no campo cultural, político e econômico se evidenciam como questão no centro da agenda e atinente à delimitação das

políticas públicas de saúde em espaços de abrangência local.

No desenvolvimento das entrevistas, o primeiro questionamento foi quanto ao funcionamento dos CMS, da rotina das reuniões e do tempo entre as reuniões ordinárias e extraordinárias, a periodicidade, entre outras questões. O objetivo da questão diz respeito ao interesse de saber/identificar previamente algumas características e do protagonismo de alguns atores sobre outros e da definição das pautas de discussão.

Conforme informa G2, *“as reuniões são acordadas no início do ano, quando montamos o calendário e isto permite que os conselheiros já se programem ao longo do ano”*, o que vai ao encontro do proposto pelo Conselho Nacional de Saúde. O representante dos usuários deste mesmo município concorda com a sistemática, afirmando que *“a gente sempre tem muitas coisas a fazer então é importante que a gente possa ter certo no dia do mês em que as reuniões acontecem, o que daí não prejudica ninguém”* (U4).

Interessante, no entanto, observar a fala do conselheiro P1, do município menor, quando afirma que *“as reuniões acontecem, às vezes, de três em três meses por que não tem assunto para discutir, daí a secretaria avisa que não tem nada e a reunião não sai”*. Ao que tudo indica esta é uma das características da dependência ou subserviência- ao poder público municipal. Acrescenta o conselheiro que *“a gente discute muitos números, estas prestações de contas, os recursos que vem da União, do estado e também do município, acho que são os assuntos principais, e por isso, às vezes ficamos sem um assunto muito certo para discutir”*.

Sob este aspecto importa salientar que o Estado brasileiro organizado sobre uma base amplamente normativa, as políticas públicas de saúde são delineadas participativamente, a partir da interlocução interfederativa, da qual são partícipes tanto a União, quanto estados e municípios, embora de acordo como Souza (2013) se questione a assimetria de poder na relação, na medida em que os recursos econômicos encontram-se concentrados na esfera federal, na sua maior parte.

De forma similar U2, do mesmo município ratifica a informação ao complementar que *“a gente até tem um calendário, mas nestes anos que sou conselheiro, muitas vezes tivemos reuniões bem rápidas com só um assunto na pauta, e coisas que podiam esperar,*

daí pensamos em não fazer mais todos os meses, só quando tinham assuntos importantes para a secretaria". O gerenciamento da pauta está além das fronteiras do fórum de decisão do CMS e, embora se permita que qualquer conselheiro possa pautar temas específicos, na prática cotidiana, a iniciativa é exercida por atores específicos, em especial gestores e prestadores de serviços, entre os quais se destaca o representante da entidade hospitalar, o que leva ao predomínio dos assuntos do interesse destes atores, obviamente.

"As reuniões são abertas pelo presidente, que é dos usuários, mas como ele não tem muito conhecimento, depois passa para a gente coordenar, que os assuntos da pauta são sempre os nossos" (G1). O gestor do município explicita a liderança da reunião a partir da expertise que está concentrada naqueles que detêm a informação sobre os temas em pauta. O gestor do município maior coaduna com a informação, afirmando que *"nós até queremos que os conselheiros falem mais, mas é difícil com alguns assuntos, que eles não dominam muito, e a gente até percebe eles meio inibidos para falar"*. Cortes (2001) e Coelho (2004) destacam a proeminência da qualificação política dos conselheiros para que este espaço possa ser mais representativo das demandas reais da população, especialmente daquela representada pelos próprios conselheiros. Aliás, cabe aqui frisar o que Pereira Neto (2012) e Correia (2000) apontam sobre a representatividade dos conselheiros, ao ponto de haver entre diferentes perfis o conselheiro 'profissional' que se eterniza na posição, cuja *"preocupação é permanecer no Conselho de Saúde custe o que custar [pois representa] um lugar de privilégio e de influência social na comunidade"* (Pereira Neto, 2012, p. 53).

Contudo, no âmbito local dos CMS dos entrevistados, na perspectiva da maioria destes, eles funcionam adequadamente. Há conselheiros, porém, que refletem outra opinião, como é o caso de U2, que diz que *"a gente podia ter mais participação, mais debate, mas é assim, meio que sempre as coisas são com pressa [...] mas no fim acho que a gente cumpre bem nosso papel"* (U2). A usuária U1 nos dá uma pista para a insegurança ou pouca participação na reunião do CMS, ao afirmar que *"eu to no conselho há oito anos e quando eu entrei a gente*

foi convidada e tinha que indicar duas pessoas e aí não tinha muito quem queria [...] então a gente quer ajudar e eu entrei como titular”. A sensação de despreparo para o desempenho da função de conselheiro não é voz isolada ou concentrada nos usuários. P1 (prestadores de serviços), também manifesta que “não houve nenhuma preparação ou curso ou qualquer coisa nestes seis anos que eu estou no conselho [...] acho isso ruim, por que a gente vê que o SUS tem sempre muitas novidades, e a gente tenta acompanhar meio no escuro” (P1).

Os discursos nos revelam uma importante contradição quando dizem que “os conselhos funcionam bem/adequadamente”, mas “nos sentimos inseguros”. Inicialmente, cabe realçar a fala que afirma que a sua entrada no CMS se dá por que não havia ninguém mais disposta a ocupar o lugar. Pereira Neto (2012) relata em seu trabalho que esta é uma questão comum nos CMS, na medida em que a representação política não é percebida, à primeira vista, como relevante e, por isso o esvaziamento ou a indicação de pessoas com disponibilidade essencialmente de tempo.

O que se depreende destes discursos é a sensação de impotência dos atores sociais com menor poder político frente ao debate e na tomada de decisão, especialmente os atores societais. Como já referimos a própria linguagem técnica, de certa forma, classifica os conselheiros, definem seus níveis de poder, seu campo de atuação e, por fim, seu capital (social/cultural/político), marginalizando uma parte e definindo hegemônicos os outros, em ato de violência simbólica implícita. A respeito desta discussão há uma constatação de Piterman; Heller e Rezende (2013, p. 1188) e que se aplica às manifestações acolhidas na pesquisa de campo:

Indubitavelmente, sabe-se da existência, nos conselhos municipais, principalmente em municípios menores, de conselheiros que são cooptados, subalternizados ou tutelados pela vontade e interesse de uma minoria. A alteridade cooptada acontece em situações em que as representações são necessariamente fragilizadas e com pouca capacidade argumentativa.

Percebe-se no discurso dos usuários, especialmente, esta dificuldade de ‘dominar’ a linguagem em curso no campo do conselho e, por conseqüência, o silêncio e a anuência muda é a prática. Outro aspecto diz respeito à discussão que apresenta alta relevância no momento e diz respeito ao planejamento e ao financiamento das políticas voltadas para a universalização em um horizonte de tempo relativamente curto (Torello, 2002). Nesta lógica se funda uma questão cujo escopo extrapola os atores locais e envolve aspectos como a ampliação da capacidade de financiamento do Estado brasileiro nos aspectos dos serviços de saneamento urbano, do meio ambiente em sua injunção ao campo da saúde pública.

Os conselheiros, o Plano Municipal de Saúde, e as Questões Ambientais

Avritzer (2012) endossa que foi num processo de aprofundamento democrático que foram criados mecanismos institucionais de ênfase participativa, destacando-se as áreas de saúde, planejamento urbano, meio ambiente e assistência social. Na área da saúde acolhem-se demandas de universalização como: “obrigar o Estado a ser o principal provedor de saúde no Brasil; a criação de um sistema de saúde nacional unificado, sem precondições para o acesso; a descentralização da prestação de serviços de saúde; a promoção da ampla participação popular na elaboração e implementação de serviços de saúde” (p. 390). Neste contexto de atendimento a demandas alargadas que a consolidação das políticas públicas de saúde local precisa ser abordada.

Na abordagem perguntamos aos entrevistados quanto à formulação do PMS e o seu uso cotidiano na orientação da implantação da política pública no município. A impressão inicial foi de que este documento tem pouco impacto na organização municipal da saúde, visto que muitos discursos informam desconhecê-lo, por completo. O gestor G1 indica uma das razões para o desconhecimento dos conselheiros ao informar que *“este último plano eu fiz quase sozinho, eu e o enfermeiro, que escrevemos, usando o modelo antigo [...] tínhamos pouco tempo, o prazo, e aí fizemos assim, ele nem chegou a ser muito visto pelos conselheiros”*.

A informação parece proceder, pois o conselheiro U2, do mesmo município, diz que *“não conheço o plano, e eu estou a três anos como conselheiro e até agora eu não vi [...] nem sabia que tinha”*. T1, por outro lado, afirma que *“tem o plano sim, ele foi escrito depois da equipe de saúde passar os dados que precisava e então se colocou as prioridades em cima dos problemas epidemiológicos”*. O que transparece neste relato é que o PMS foi construído a partir do trabalho da gestão e dos profissionais de saúde ligados à secretaria específica, sem a participação dos demais conselheiros. Sobre este aspecto manifestam-se Piterman; Heller e Rezende (2013, p. 1189):

O controle social supõe um padrão de representatividade efetiva e deve introduzir novas práticas que estimulem diálogos profícuos e não monólogos. Ainda em alguns conselhos existe uma política de silenciamento, quando os representantes dos usuários ficam à margem de discussões que envolvem linguagem técnicas.

Os mencionados profissionais, usualmente médicos ou enfermeiros, como especialistas e com relações de proximidade com os detentores do poder no executivo municipal, atuam no campo específico das políticas públicas de saúde, na perspectiva de Cortes (2013) atravessando as fronteiras estatais, da sociedade civil e de mercado.

Cabe compreender a instauração de assimetrias mesmo paupando-se por uma sociedade de regime democrático. Bourdieu (2009) ao abordar a participação política ativa dos profissionais por sua investidura alude as distinções e no nosso caso em especial da saúde, por sua competência técnica e social sobressai algo peculiar que os consagram no mundo social. Ora, nestas condições assimétricas, pode-se cogitar a ideia de que a participação em base democrática nos conselhos poderá ter alguma efetividade se os membros, na condição de cidadão, realmente desencadearem a capacidade de obter amplo acesso à informação e a requerida apropriação. Uma das vias para isto reporta-se a instauração da transparência e a disponibilização de múltiplos canais de informação e mecanismos que façam ouvir seus pontos de vista. Em tese, parece desfraldar-se uma real influência da

sociedade civil por meio de pressão constante sobre a gestão dos assuntos referentes a políticas públicas de saúde em seu município.

Em alguns CMS, além de examinar o PMS foi constada a existência exígua de material documental, o que pode sugerir frágil memória do processo deliberativo na área ou até realização não regular de reuniões. A leitura atenciosa dos planos evidenciou que a questões pertinentes aos temas de saneamento eventualmente aparecem mencionados de forma pontual, apontando que para os protagonistas da elaboração do plano inclusive ignoram-se demandas específicas, no que tange ao abastecimento de água, aos resíduos sólidos urbanos e aos esgotos sanitários.

Com efeito, nos pareceu claro que o papel deliberativo do CMS não se efetivou neste caso, pois o PMS é desconhecido dos conselheiros, fato confirmado pelo próprio gestor. Se o PMS for considerado documento importante para a condução das políticas de saúde no âmbito municipal, então temos um fato grave vigente. Correia (2003) destaca a acuidade da assimetria e dinâmica na qual o CMS precisaria estar em constante capacitação para o desempenho da função, considerada de relevância pública.

O que se destaca quase que de imediato, em ambos os municípios, os conselheiros não foram co-autores do PMS, pois ou não conhecem o documento, ou participaram apenas apreciando-o já pronto, de forma rápida, numa leitura procedida em reunião ordinária do CMS, o que podemos avaliar como uma participação precária na elaboração do PMS. Carvalho (2007) avalia a participação na saúde como um dos elementos fundamentais para o seu sucesso, enquanto política pública, na medida em que isto permitirá que a definição de prioridades seja o reflexo do interesse da sociedade.

A partir desta constatação, frente ao questionamento sobre os temas incidentes no PMS, há uma série de respostas negativas quanto às ações relativas ao saneamento: “*sinceramente não me lembro de se no plano tem algo sobre lixo, acho que não*” (T3), “*sobre a água, acho que já falamos na reunião, mas se tem no plano, não sei*” (T4), “*nós lemos o plano na reunião do conselho, faz um tempo já, mas não tinha nada sobre lixo*” (U4). As três falas transcritas são

indicativas do expressado nas demais entrevistas, havendo poucas incidências positivas, como é o caso de G2, o qual afirma que *“nosso plano faz um apanhado do que se trata neste caso, o município cuida da qualidade da água, mas o lixo e o esgoto não; é mais de outra secretaria, não temos um trabalho direto da saúde nisso”* e do discurso de P4, quando afirma que *“(tenho) lembrança de termos discutido isso, ou de ter lido, mas não lembro bem, por que já faz bastante tempo”*. A constatação é de que tais temas são menores no debate que ocorre nos CMS e denota uma ausência de incorporação dos significados da água existentes no cotidiano e inclusive na visão cotidiana de lideranças de saúde (Lucena, 2013). Nas entrevistas realizadas a questão água/resíduos/esgoto não está entre as preocupações dos conselheiros no exercício da sua função, especificamente.

Quando perguntados especificamente sobre o tema ‘resíduos sólidos’, G1 respondeu que *“como a cidade é pequena, tem recolhimento duas vezes por semana, mas não sei para onde vai? Não tenho muita certeza, tem uma empresa terceirizada que recolhe e eu não tenho certeza do destino”*. Este entrevistado é gestor municipal da saúde e ignora o destino exato dos resíduos sólidos produzidos no território em que reside. *“Antigamente tinha um lixão, mas daí eu acho que foi a Fepam que fiscalizou e hoje o lixo é levada para outro lugar, está melhor”* (U4), informa o conselheiro.

Embora aparentemente as cidades menores não sejam produtoras de grandes quantidades de resíduos sólidos, ao ponto de isto significar um problema que chama a atenção à percepção visual, ainda assim as entrevistas revelaram que os respondentes têm preocupação com a incidência do lixo na área urbana das cidades, principalmente, conquanto não tenham feito uma associação clara e direta com o tema ‘saúde’. A associação surge a partir da interrogação quanto aos riscos socioambientais que o lixo causa ou não ao bem-estar das pessoas, *“ele causa doenças, mas se me perguntar quais, eu não sei direito”*, como revela U4.

No que tange a água, perguntados sobre a origem desta para o consumo humano, as respostas indicam o fornecimento público a partir de poços artesianos, informando ainda que a mesma é clorada, por que ela *“tem gosto, e aí nos explicaram que é por causa do tratamento”*

(U3). O acesso à água distribuída por um sistema público é praticamente universal no meio urbano, mas, no interior, ainda há famílias sem acesso, especialmente em áreas mais distantes, como revela G1, afirmando que *“realmente no interior ainda tem algumas comunidades aonde a água chega difícil, por que é muito longe [...] daí tem gente que usa de fonte natural, de nascentes, de poços, por que não tem rede de água”*.

Uma vantagem adicional do planejamento, do acompanhamento e da fiscalização pelos conselheiros refere ao aproveitamento do potencial de capilaridade, além da integração direta das ações relacionadas à qualidade da água e do descarte de esgoto com a política do setor de saúde especialmente pelo conhecimento ou informações que detêm sobre o espaço territorial. Em relação ao esgotamento sanitário, as respostas indicam que a solução principal citada são as fossas sépticas com sumidouro. *“Hoje em dia, já faz alguns anos, as casas são fiscalizadas, assim, quando se constrói, o fiscal da prefeitura precisa ser chamado para ver a fossa séptica instalada, antes de fechar”* revela (G2). Mas, o mesmo entrevistado informa que não sabe como era antes e que em casas mais antigas ainda podem existir fossas rústicas ou mesmo ter ligação direta do esgoto cloacal com a rede pluvial, solução inadequada, de risco para o bem-estar, na medida em que polui os mananciais de água. Neste sentido, U1 afirma, em tom de queixa, que *“ah, tem muito cheiro nas ruas, mais no fim do dia, quando as pessoas estão em casa, tomam banho, aí eu acho que nem todo mundo tem a fossa certa”*, constatação que é partilhada por outros entrevistados, embora não o manifestem explicitamente. Questionados sobre a relação do esgotamento sanitário e bem-estar, T1 sintetiza a fala da maioria dos entrevistados, ao apontar que:

Tem relação sim, a gente sabe que é um problema, mas como a cidade é pequena não tem assim esgoto correndo a céu aberto, tem o cheiro, acho que tem problema nas fossas das casas, nem todos está perfeito, mas não é um problema visível, então parece que não incomoda tanto as pessoas [...] acho que precisava ser feita alguma coisa, mas nós da saúde ainda não caminhamos neste sentido, não sei se é nós que tínhamos que começar este trabalho (T1).

O conselheiro T1 explicita um olhar peculiar de que em sua cidade há problemas ou riscos relacionados ao esgotamento sanitário e que isto pode implicar em riscos ao bem-estar, mas, por outro lado, não leva o debate ao controle social. O aludido controle social sem dúvida tende a ser dificultado devido à fragilidade de conhecimento dos conselheiros sobre contabilidade, uso e montante de recursos recebidos e orçamento público. Outras vezes em razão de estratégias políticas daqueles que articulam a gestão do poder adotam mecanismos nem sempre comprometidas com a transparência e o cumprimento dos direitos sociais. O tema não está na pauta de preocupações prioritárias usualmente nos CMS, apesar de que em alguns municípios os PMS terem incluído ações de implantação de fossas sépticas e sumidouros. “*Acho que nunca falamos disso no conselho, não me lembro, pelo menos [...] nós falamos mais das coisas das doenças do dia a dia, de conseguir as cirurgias, remédios, nada de esgoto*”, informa T3, em discurso similar ao da maioria dos conselheiros, que reflete o foco dos debates, pouco afeito à promoção da saúde, via melhoria das condições de vida das pessoas.

Em síntese, os conselheiros, questionados sobre os riscos ambientais incidentes nos seus municípios mostraram-se dispostos a responder e contribuíram para o debate. No entanto, revelaram que os temas não são levados às plenárias do CMS e a razão que me parece essencial é que isto não lhes ocorreu. Na prática, verifica-se um fenômeno que vai ao encontro do proposto por Ruscheinsky (2009) ao afirmar que as questões relativas à água potável, ao esgoto e aos resíduos sólidos são imperceptíveis aos conselheiros no cotidiano, ou seja, não se apresenta como um dilema real, que gere algum desconforto que implique ação.

Comentários Finais

Os CMS objeto da presente pesquisa decididamente atuam parcialmente sobre os problemas socioambientais locais, pois estes, aparentemente, não são percebidos como relevantes pelos conselheiros. Nem água, nem resíduos, nem esgotamento sanitário merecem

capítulos específicos nos PMS. Tampouco outros temas, como agrotóxicos, por exemplo, cujo uso é frequente na região da pesquisa, e sobre os quais não vimos menção nos 24 PMS estudados. Podemos inferir que os conselheiros e, por conseguinte, o CMS, mantém-se focados em parte do problema da saúde/doença, qual é de garantir assistência, mediante práticas de saúde voltadas à atenção secundária e terciária.

Nem os PMS, nem os discursos dos conselheiros nos indicam que esta arena, o CMS efetivamente é proativa para a promoção do bem-estar. Trata-se, antes disso, de um espaço em que se reproduzem as dificuldades do encontro de sujeitos muito diferentes em suas trajetórias e no modo de compreender as desigualdades (Scalon, 2013), neste contexto, com pouca potencialidade para a produção de práticas de saúde que considerem as desigualdades sociais percebidas e que permanecem visíveis, mesmo nos municípios de menor porte, como é o caso do campo de pesquisa. Pelos depoimentos obtidos e observando a lógica da distribuição assimétrica do poder a assentar-se em silêncio ou reter-se nele é tanto mais brutal quanto menor o capital político, econômico e cultural dos representantes da sociedade civil. Na origem da proposta dos conselhos decisórios está suposto que os integrantes sejam agentes politicamente ativos, que vigore o diálogo nesta esfera pública, além de pressupor relações simétricas e liberdade de opiniões.

A análise dos PMS nos propiciou este olhar sobre as ações públicas descritas e em desenvolvimento nos municípios estudados. E, ao mesmo tempo, demonstrou que há lacunas importantes que deverão ser superadas, o que depende da ação concreta dos atores sociais que formulam as políticas públicas. Os PMS aportam elementos insuficientes para compreender os fatores motivadores para a inclusão ou não de determinados problemas no seu texto. O fato de os problemas socioambientais não estarem presentes na proporção que talvez imaginássemos adequado se deve à que fator? Para tentar alcançar uma resposta plausível se recorreu ao diálogo com conselheiros para apresentar questões ausentes no material documental.

Neste ponto, ao entrevistarmos o conjunto de 14 conselheiros nos deparamos com uma atitude de certa passividade frente aos problemas socioambientais, sonogados no horizonte de preocupações dos

conselheiros. ‘Se este tema é um problema social implícito, mas por não ser explicitado como sendo percebido um problema, então não há por que me ater a ele’. Pode-se concluir que é neste aspecto que reside à (d) eficiência no debate em torno da condição ambiental local atrelado ao campo de bem-estar. Não há associação efetiva dos temas, que não se aproximam no âmbito dos CMS. Ao adicionarmos nossa reflexão para a ênfase que os conselheiros destinam à problemática da garantia da assistência à saúde, podemos compreender os motivos pelos quais os problemas socioambientais estarem praticamente ausentes do debate.

A universalização do atendimento à saúde de um lado é demandada pela população e de outro se houver um quadro de deficiência na cobertura num prazo razoável isto impõe pesado ônus ao poder executivo municipal. Razão pela qual praticamente todos os municípios possuem uma frota para transportar usuários do sistema para cidades maiores com sistemas de atendimento de especialistas. Este é um fato para os custos econômicos da falta de saneamento esteja fora da visão dos conselheiros ou tido como de menor importância embora de alto custo aos cidadãos. A proliferação injustificada de doenças relacionadas à poluição hídrica e ao uso inadequado de produtos tecnológicos na agricultura, inclusive com perda de vidas humanas, recomenda alterar o capital social de conselhos na gestão das políticas públicas.

Na perspectiva formal os usuários e a sociedade civil possuem acento nos CMS, porém na efetividade tais representações praticamente inexistem ou são submetidas a um rigoroso ou obsequioso silêncio. Na realidade ocorre uma demarcação antecipada dos espaços e engendrando expectativas do que realmente pode ser dito (Bourdieu, 2009). Os CMS são deliberativos e os atores sociais participantes do fórum têm suas prioridades. A questão é que tais prioridades se voltam ao modelo centrado na doença, que permeia a concepção de saúde hegemônica. As políticas públicas construídas neste contexto obviamente canalizarão esforços dirigidos a estas prioridades.

REFERÊNCIAS:

- AVRITZER, L. et alii. *Democracia, desigualdade e políticas públicas no Brasil*. Volume II. Belo Horizonte: FINEP, 2009.
- AVRITZER, L. Sociedade civil e Estado no Brasil: da autonomia à interdependência política. *Opinião Pública*. Vol.18/2, pp. 383-398, 2012.
- BARDIN, L. *Análise de Conteúdo*. Lisboa/Portugal: Edições 70, 2004.
- BARROS, R. P.; HENRIQUES, R.; MENDONÇA, R.. Desigualdade e pobreza no Brasil: retrato de uma estabilidade inaceitável. *Revista Brasileira de Ciências Sociais*, Vol. 15, nº42, pp.123-142, 2000.
- BENEVIDES, M. V. A questão social no Brasil. *Videtur* Vol. 3 pp. 7-14, 2001.
- BERMÚDEZ, O. B. Gestão dos recursos hídricos em duas áreas metropolitanas da América do Sul: Cali – Colômbia e Campinas – Brasil. 2012. *Tese* (Doutorado em Geografia), Programa de Pós-graduação em Geografia da Universidade Estadual Paulista - UNESP, Presidente Prudente, SP, 311 p.
- BOURDIEU, P. *Razões práticas: sobre a teoria da ação*. Campinas, SP: Papirus, 2008.
- _____. *O poder Simbólico*. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2009.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Programa Nacional de Vigilância Ambiental relacionada à qualidade da água para consumo humano*. Brasília (DF), 2004. Acessado em 13/09/2014. Disponível em www.saude.gov.br/vigiagua.
- BRASIL. Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde. *Movimento Sanitário Brasileiro na década de 70: a participação das Universidades e dos Municípios*. Brasília: Athalaia, 2007.
- CARVALHO, Gilson. *Participação da comunidade na saúde*. Passo Fundo: IFIBE; CEAP, 2007.
- CENTRO UNIVERSITÁRIO UNIVATES. Banco de Dados Regional – *Perfil socioeconômico do Vale do Taquari*. Acessado em 03/12/2014. Disponível em http://www.univates.br/files/files/univates/bdr/Perfil_VT_Setembro_2011.pdf.
- COELHO, V. S. P. Conselhos de saúde enquanto instituições políticas: o

- que está faltando. In: COELHO, V. S. P.; NOBRE, M. *Participação e deliberação: teoria democrática e experiências institucionais no Brasil contemporâneo*. São Paulo: 34, 2004, p. 255-269.
- CORREIA, M. V. C. *Que controle social? Os conselhos de saúde como instrumento*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2000.
- CORTES, S. M. V. Balanço das experiências de controle social, para além dos conselhos e conferências no Sistema Único de Saúde Brasileiro: construindo a possibilidade de participação de usuários. *Revista Humanas* (IFCH/UFRGS), Vol. 24, nº1-2, pp.115-129, 2001.
- _____. Contribuições teóricas e à pesquisa empírica da sociologia às políticas públicas. *Revista Brasileira de Sociologia*, Vol. 1, nº1, pp.35-56, 2013.
- FAVERO, E. Desmembramento territorial: o processo de criação de municípios. Avaliação a partir de indicadores econômicos e sociais. 2004. *Tese* (Doutorado em Engenharia Urbana) Escola Politécnica da Universidade de São Paulo, São Paulo, SP, 278 p.
- HELLER, L. *Saneamento e Saúde*. Brasília: Organização Pan-americana da Saúde / Organização Mundial da Saúde, 1997.
- HELLER, A. *Uma teoria das necessidades revista*. Petrópolis: Editora Vozes, 1996.
- HENRIQUES, R. (Org.). *Desigualdade e pobreza no Brasil*. Rio de Janeiro: IPEA, 2000.
- HOCHMANN, G. *A Era do Saneamento: as bases da política de saúde pública no Brasil*. São Paulo: Hucitec, 2012.
- IBGE. *Censo Demográfico de 2010*. Disponível em <http://www.ibge.gov.br>.
- IBGE. *Atlas do Saneamento 2011*. http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/atlas_saneamento.
- LUCENA, R. G. R. *et al.* Significados da água na visão de lideranças de saúde. *Saúde e Sociedade*, Vol.22, nº4, pp.1193-1204, 2013.
- MARQUES, E. C. A era do saneamento: as bases da política de saúde pública no Brasil. *Revista Brasileira de Ciências Sociais*, Vol.14, nº.39, pp. 182-186, 1999.
- MOTA, S. Saneamento. In: ROUQUAYROL, M. Z.; ALMEIDA FILHO, N. de. *Epidemiologia e Saúde*. Rio de Janeiro: MEDSI, 1999.

- PEREIRA NETO, A. de F. *Conselho de Favores*. Controle social na saúde: a voz dos seus atores. Rio de Janeiro: Garamond, 2012.
- PITERMAN, A.; HELLER, L.; REZENDE, S. C. (A falta de) Controle social das políticas municipais de saneamento: um estudo em quatro municípios de Minas Gerais. *Saúde e Sociedade*, Vol. 22, nº4, pp.1180-1192, 2013.
- RUSCHEINSKY, A. *Conflitos, meio ambiente e atores sociais na construção da cultura*. Porto Alegre: Armazém Digital, 2009.
- SCALON, C. O que os brasileiros pensam das desigualdades sociais? *In: Scalon, C. (Org.). Imagens da desigualdade*. Belo Horizonte: Editora UFMG; Rio de Janeiro: IUPERJ/UCAM, 2004.
- SCHWINGEL, G. O processo saúde-doença nas concepções de enfermeiros e médicos da Estratégia Saúde da Família e a sua relação com os problemas socioambientais. 2008. *Dissertação* (Mestrado em Ambiente e Desenvolvimento), Programa de Pós-graduação em Ambiente e Desenvolvimento da Universidade do Vale do Taquari - Univates, Lageado, RS. Disponível em: http://www.univates.br/ppgad/discentes_turmal.php
- SOUZA, C. Instituições e mudanças: reformas da Constituição de 1988, federalismo e políticas públicas. *In: HOCHMANN, Gilberto (Org.). Federalismo e políticas públicas no Brasil*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2013.
- TUROLLA, F. A. *Política de saneamento básico: avanços recentes e opções futuras de políticas públicas*. Brasília: Ipea, 2002.
- SOARES, S. R. A.; BERNARDES, R. S.; CORDEIRO N., O. M. Relações entre saneamento, saúde pública e meio ambiente: elementos para formulação de um modelo de planejamento em saneamento. *Cadernos de Saúde Pública*, Vol. 18, nº 6, pp.1713-1724, 2002.
- VERAS, M. P. B. *Por uma sociologia da exclusão social: o debate com Serge Paugam*. São Paulo: EDUC, 1999.

Recebido em: 11-02-2015

Aprovado em: 29-05-2015