

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

**CONTROLE SOCIAL: CONTEXTO E TENDÊNCIAS DOS CONSELHOS MUNICIPAIS DE
SAÚDE EM UMA REGIÃO DO ESTADO DE SÃO PAULO**

Vera Dib Zambon

SÃO CARLOS – SP

2009

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

**CONTROLE SOCIAL: CONTEXTO E TENDÊNCIAS DOS CONSELHOS MUNICIPAIS DE
SAÚDE EM UMA REGIÃO DO ESTADO DE SÃO PAULO**

Vera Dib Zambon

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem do Centro de Ciências Biológicas e da Saúde da Universidade Federal de São Carlos, como parte dos requisitos para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

SÃO CARLOS – SP

2009

**Ficha catalográfica elaborada pelo DePT da
Biblioteca Comunitária da UFSCar**

Z24cs

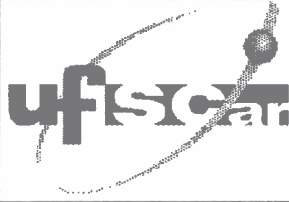
Zambon, Vera Dib.

Controle social : contexto e tendências dos conselhos municipais de saúde em uma região do Estado de São Paulo / Vera Dib Zambon. -- São Carlos : UFSCar, 2010. 148 f.

Dissertação (Mestrado) -- Universidade Federal de São Carlos, 2009.

1. Saúde pública. 2. Controle social. 3. Brasil - conselhos de saúde. 4. Políticas públicas. 5. Participação social. 6. Sistema Único de Saúde (Brasil). I. Título.

CDD: 362.1 (20ª)



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
PPGEnf – PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
Via Washington Luís, km 235 – Caixa Postal, 676.
Cep 13565-905 – São Carlos/SP - Brasil
Fone: (16) 3351-8338 E-mail: ppgenf@ufscar.br

FOLHA DE APROVAÇÃO

Aluna: VERA DIB ZAMBON


**DISSERTAÇÃO DE MESTRADO DEFENDIDA E APROVADA EM 12/12/09
PELA COMISSÃO EXAMINADORA:**



Profa. Dra. Márcia Nilúma Ogata
(Orientadora - PPGEnf/UFSCar)



Profa. Dra. Maria José Bistafa Pereira
(EERP/USP)



Profa. Dra. Cássia Irene Spinelli Arantes
(DEnf/UFSCar)



Presidente da Coordenação de Pós-Graduação
Profa. Dra. Rosely Moralez de Figueiredo

Orientador

Profa. Dra. Márcia Niituma Ogata

Dedico este trabalho a minha querida família:

Pepone (meu companheiro por toda a vida),

Gabri e Dedé (nossos belos, incríveis e amados filhos)

que incondicionalmente me apoiaram em todos os
momentos deste trabalho.

Agradecimentos

Aos meus pais Gildo e Lourdes (*in memoriam*) pelos ensinamentos e o legado precioso de valorização da família, dos estudos, dos amigos e do trabalho.

À toda minha família, tias, irmãs, cunhadas (os), sobrinhos (as) pelos momentos de alegria e incentivo nesta esperada jornada de mestrado.

À Prof^a Dr^a Márcia Niituma Ogata pela orientação segura nesta pesquisa e por compartilhar comigo e com muitos outros trabalhadores de saúde, a crença no Sistema Único de Saúde.

Às docentes de Pós-Graduação em Enfermagem, que sonharam e conquistaram com seu trabalho a tão esperada implantação do mestrado. Agradeço também pela dedicação nas disciplinas, pelos ensinamentos e orientação na nossa busca de sistematização dos conhecimentos.

Aos estudantes de pós-graduação que participaram e estrearam comigo esta primeira turma do mestrado em enfermagem da UFSCar - com muita honra -, pelos momentos de imersão nos estudos, alegria de aprender coisas novas, entrega ao desafio da pesquisa, em especial a qualitativa.

À Maria Teresa Luz Eid da Silva, Diretora Técnica do Departamento Regional de Saúde (DRS III) de Araraquara, pela autorização da realização da pesquisa documental e por possibilitar a compatibilização das atividades do mestrado e minhas atividades funcionais na Secretaria de Estado da Saúde.

À CAPES pelo financiamento do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem.

Às secretárias da pós-graduação, Nancy e Ana Paula, pela presteza, gentileza, eficiência e orientação.

Aos conselheiros de saúde entrevistados por acreditarem que o controle social é possível no SUS e pela disposição em compartilhar comigo o seu dia a dia neste exercício de cidadania, suas crenças, seus sucessos e suas dificuldades. Aprendi muito com todos vocês. Obrigada.

Às amigas e colegas de trabalho do DRS III que sempre me estimularam.

Aos secretários municipais de saúde e presidentes dos conselhos municipais de saúde pela receptividade à proposta de pesquisa e por viabilizarem minha jornada na etapa empírica do trabalho.

À Elaine, minha auxiliar, que tão bem organiza minha casa, pela compreensão, apoio constante e dedicação em todos estes anos.

Resumo

O Sistema Único de Saúde (SUS) completou 20 anos e há desafios para seu fortalecimento. Uma de suas inovações são os Conselhos Municipais de Saúde (CMS), que, entretanto, enfrentam dificuldades para funcionamento pleno. A análise desta participação no SUS pode subsidiar discussões para garantir este princípio constitucional. Este trabalho objetiva analisar o controle social em seis municípios da Região de Saúde Coração do DRS III de Araraquara/SP, explicitando a organização e funcionamento dos CMS. Adota abordagem qualitativa e os dados foram obtidos a partir de pesquisa documental no DRS III - Araraquara e de entrevistas semi-estruturadas com 26 conselheiros de saúde. A análise documental foi pautada nas normas nacionais considerando a criação, estruturação, organização e funcionamento dos CMS. Os dados das entrevistas com os conselheiros foram tratados usando as seguintes categorias temáticas: concepções de controle social, o exercício do papel de conselheiro, aspectos jurídicos e organizacionais do conselho, e efetividade e perspectiva do controle social. Os seis municípios da Região tiveram seus conselhos criados em 1991, sendo que quatro desses alteraram seus dispositivos legais posteriormente. Somente dois deles apresentaram inovações como eleição do presidente, término do mandato não coincidente com executivo, garantia de estrutura administrativa e existência de comissões. Algumas leis dos conselhos são inconsistentes com as Leis Orgânicas Municipais, a Lei nº 8.142 e a Resolução nº 333 do Conselho Nacional de Saúde, tais como caráter deliberativo, garantia da paridade dos usuários, existência de regimento interno, gestor da saúde como presidente nato e limitada garantia de estrutura administrativa e financeira para seu funcionamento. Alguns conselheiros não têm apropriação do significado de controle social tal como adotado no SUS. Os conselhos e as conferências de saúde são considerados fundamentais, porém necessitam de fortalecimento. A atuação dos conselheiros reflete uma sociedade com baixa capacidade participativa. Há limitações no exercício do seu papel pela dificuldade de acesso a informações e não participação em capacitações. Algumas vezes estes conselhos são utilizados para legitimar as decisões do poder público e a estrutura administrativa e financeira inadequada limita sua autonomia. Apesar do reconhecimento da efetividade dos conselhos, seus resultados são abaixo de suas potencialidades. Contudo, dentre os avanços destacam-se a eleição para presidência, garantia orçamentária para suas atividades e ampliação dos espaços de escuta aos usuários como os conselhos gestores de unidades, reuniões em bairros e orçamento participativo. Um dos maiores desafios é a desmobilização social e fortalecimento do controle social no SUS. Conclui-se que há necessidade de investimento em educação incluindo os processos formais de educação para a cidadania e adoção de práticas inovadoras de gestão. A formação dos trabalhadores de saúde necessita de ajuste para propiciar efetivo diálogo com os usuários. Necessita-se ainda da definição de uma política de controle social local que propiciasse seu fortalecimento e investimentos nas instâncias já instituídas. Destaca-se o Colegiado de Gestão Regional enquanto espaço para estabelecimento de parcerias potencializando os resultados do controle social no SUS.

Palavras-chave: Conselhos de Saúde. Políticas de Controle Social. Participação Comunitária. Sistema Único de Saúde.

Abstract

The Single Health System (SHS) was implemented in 1988 and it still presents challenges for its empowerment. One of its innovations is the Municipal Health Councils (MHC), but they couple with difficulties for full performance. The analysis of the role of these councils and their participation in the SHS may subside discussions for obeying this constitutional principle. The study developed evaluated the social control in six municipalities of Araraquara Health County, highlighting the organization and functioning of the MHC. Adopting a qualitative approach, data were collected by a documental search in the Araraquara Health County Headquarter and by semi-structured interviews with 26 health counselors. The documental analysis was based on federal laws for creation, organization, and routine work of the MHC. The data of interviews were discussed using the following thematic categories: conception of social control, effective role of health counselors, juridical and organizational aspects of the MHC, and effectiveness and perspectives of social control. The Health Councils in the 6 municipalities were created in 1991, and in subsequent years four of them have changed their legal instruments. Only two of them have innovated in some procedures, such as election of the president, mandate non-coincident with local majors, administrative management and implementation of committees. Some council's regulations are in disagreement with local and federal laws (for instance, law 8142 and Resolution 333 of the National Health Council), such as the deliberative character, the parity representation of users, internal regiment, a municipal staff in charge of council presidency, and no guarantee of administrative and financial support for routine work. Some counselors do not have a clear knowledge about the meaning of social control as adopted by the SHS. The councils and health conferences are considered a must, but both must be empowered. The action of the counselors denotes a society with limited public involvement. The difficulties to obtain information and the lack of participation in workshops cause a limitation for performing their role. Sometimes these councils are manipulated for legitimating decisions of public health authorities and their administrative and financial organization also limit their autonomy. Despite recognizing the important function of the MHC, their results are below their potentialities. However, advancements can be observed such as the election for president, specific budget for council activities and widening of the opportunities for users' feedback by local management councils, meetings in specific boroughs, and discussions about the budget applied in health. One of the biggest challenges is the social demobilization and the need for social control in the SHS. It may be concluded that it is needed the investment in education including formal processes for exerting citizenship and adoption of innovative management practices. The background of public health workers needs adjustments for providing effective dialogue with users. There is also a need for definition of a politics for local social control to guarantee the empowerment of the MHC. Finally, it should also be mentioned the existence of the Management Regional Committee for improving partnerships for SHS social control.

Keywords: Health Councils. Social Control Policies. Consumer Participation. Single Health System.

Lista de Quadros

Quadro 1 - Identificação das entrevistas dos conselheiros de saúde.	40
Quadro 2 - Legislações dos Conselhos Municipais de Saúde da Região de Saúde Coração do DRS III, Araraquara – SP, 1991 a 2008.	44
Quadro 3 - Definição e características dos Conselhos Municipais de Saúde da Região de Saúde Coração do DRS III, Araraquara – SP, 2008.	48
Quadro 4 - Composição dos Conselhos Municipais de Saúde da Região de Saúde Coração do DRS III, Araraquara – SP, 2008.	49
Quadro 5 - Apoio administrativo e financeiro aos Conselhos Municipais de Saúde da Região de Saúde Coração do DRS III, Araraquara – SP, 2008.	55
Quadro 6 - Categorias de análises das entrevistas com conselheiros municipais de saúde da Região de Saúde Coração do DRS III, Araraquara – SP, 2008.	60
Quadro 7 – O conselho e a conferência municipal de saúde no Pacto pela Saúde da Região de Saúde Coração do DRS III, Araraquara – SP, 2008.	118

Lista de Tabelas

Tabela 1 – Distribuição dos conselheiros de saúde por segmento de representação nos conselhos de saúde da Região de Saúde Coração do DRS III, Araraquara – SP, 2008.	51
--	----

Lista de Siglas

CEBES	Centro Brasileiro de Estudos em Saúde
CEME	Centro Municipal de Especialidades
CGR	Colegiado de Gestão Regional
CIB	Comissão Intergestores Bipartite
CRIS	Comissão Intergestores Regional de Saúde
CIT	Comissão Intergestores Tripartite
CIMS	Comissão Interinstitucional Municipal de Saúde de São Carlos
CPI	Comissão Parlamentar de Inquérito
CEBs	Comunidades Eclesiais de Base
CNBB	Conferência Nacional dos Bispos do Brasil
CES	Conselho Estadual de Saúde
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CMS	Conselho Municipal de Saúde
DRS III	Departamento Regional de Saúde de Araraquara
DIR VII	Diretoria Regional de Saúde de Araraquara
EC	Emenda Constitucional
ERSA	Escritório Regional de Saúde de São Carlos
ESF	Estratégia Saúde da Família
IPRS	Índice Paulista de Responsabilidade Social
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
NOB	Norma Operacional Básica
NOAS	Norma Operacional da Assistência a Saúde
PSF	Programa de Saúde da Família
SUS	Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

Apresentação	11
1 INTRODUÇÃO	14
2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA DO ESTUDO	22
2.1 Aspectos normativos do SUS e o controle social	24
2.2 Deliberações sobre controle social nas conferências nacionais de saúde após 1988	28
3 CAMINHO METODOLÓGICO	35
4 APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS DADOS	42
4.1 As configurações dos Conselhos Municipais de Saúde da Região de Saúde Coração do DRS III – Araraquara – SP	42
4.2 O controle social na perspectiva dos conselheiros de saúde	60
4.3 O Pacto pela Saúde: as novas perspectivas para o controle social	116
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	122
6 REFERÊNCIAS	126
APÊNDICES	132

Apresentação

Buscar entender como se vem construindo a participação social no Sistema Único de Saúde (SUS) tem mobilizado esta trabalhadora de saúde desde o início da trajetória no campo da saúde.

O ingresso na UFSCar em 1982, logo me fez perceber o grande foco da enfermagem e sua forte interação com a comunidade. Como graduanda em enfermagem iniciei os trabalhos como estagiária na rede de saúde municipal em São Carlos, sob a coordenação da Profa. Dra. Elisete e Dr. Sérgio Pripas, e nesta época atuando nos bairros da periferia do município tentávamos efetivar aproximações com os usuários com situação de vida e saúde precárias e a partir destes encontros de saberes, populares e técnicos, buscávamos possibilidades de alteração deste panorama. Nesta busca de conhecer o território de grande vulnerabilidade, encontramos diversos parceiros, entre estes, líderes comunitários e representantes da pastoral da saúde, além das outras secretarias municipais que atuavam no local (promoção social, educação, obras etc.). Esta foi minha estréia em discussões em espaços onde se esboçavam soluções de problemas com representantes da gestão de saúde, dos trabalhadores de saúde e população.

No panorama internacional, a atenção primária de saúde ganhava força com a Conferência de Alma Ata em 1978 e logo se iniciava o processo de descentralização com ênfase na municipalização da saúde. Minha escolha pela área de saúde coletiva foi plantada nesta ocasião e rapidamente tornei-me trabalhadora de saúde da rede pública municipal e posteriormente no âmbito estadual.

Atuando no Centro de Saúde I de São Carlos, atualmente Centro Municipal de Especialidades (CEME), acompanhei a mobilização para implantação localmente do Sistema Único de Saúde. Enquanto trabalhadora de saúde tive uma aproximação com as instâncias até então recém criadas: Comissão Interinstitucional Municipal de Saúde de São Carlos (CIMS) e Comissão Intergestores Regional de Saúde (CRIS). Participei como membro da secretaria técnica da CIMS e juntamente com outros técnicos desenvolveram projetos pautados nas questões pertinentes ao processo de descentralização e integração das gestões municipais, estadual e federal e organização e instalação de serviços de saúde no município e região.

Com o ingresso no Escritório Regional de Saúde de São Carlos (ERSA), recém criado pela Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, passei a integrar o corpo técnico de gestão estadual que, dentre outras funções, apoiava o processo de municipalização na região composta por sete municípios. Este trabalho na gestão regional de saúde propiciou a ampliação do olhar para além do município e o processo de descentralização da saúde permitiu o acompanhamento do movimento

de implantação dos conselhos de saúde nesta área. Alguns anos depois, esta atuação propiciou a inserção em alguns conselhos municipais de saúde enquanto representante da gestão estadual.

Alguns anos mais tarde, já atuando na área de planejamento em saúde, acompanhei o avanço do processo de descentralização da saúde com a implementação das diversas normas operacionais editadas pelo Ministério da Saúde, incluído as diversas reestruturações da Secretaria Estadual de Saúde, em seu âmbito regional.

Atuando na Diretoria Regional de Saúde de Araraquara (DIR VII), atualmente denominado Departamento Regional de Saúde III de Araraquara (DRS III), abrangendo 24 municípios, participei de Projeto de Fortalecimento do Controle Social no SUS desenvolvido em 2003 pelo Ministério da Saúde e nos anos de 2005 e 2006 pelo Pólo de Educação Permanente em Saúde. Este trabalho propiciou que fosse formada como monitora do curso de conselheiros de saúde, e atuando em quatro cursos de conselheiros oriundos destes 24 municípios, emergiram diversas inquietações a partir das discussões e das vivências trazidas por estes conselheiros. Também pude acompanhar as trocas de experiências e as descobertas sobre o SUS propiciadas pelos cursos de formação de conselheiros que contou com mais de cem conselheiros municipais de saúde dos diversos segmentos de representação.

Esta vivência na gestão de saúde e enquanto trabalhadora de saúde, pude vivenciar o dia a dia de conselheira e da realidade presente nestes espaços de controle social, com a falta de estrutura dos conselhos, falta de acesso à informação, urgências e pressões para aprovação de demandas da gestão, falta de participação dos conselheiros e da população nestes espaços, entre outras.

No desenvolvimento desta pesquisa, com a possibilidade de aprofundamento teórico sobre o tema participação e controle social, pude perceber que na minha vivência profissional pregressa atuei em vários espaços de participação que buscavam arranjos e mobilizações para que a própria comunidade de forma ativa atuando em ações e programas e na formulação de soluções para seus problemas. Também tive certa aproximação com a participação popular emergente com os movimentos sociais que propiciavam mobilizações da população excluída visando ampliação do acesso a bens e serviços. Além disso, acompanhei neste *locus* regional o surgimento das instâncias de controle social, como possibilidade de participação social reconhecidamente como exercício da cidadania.

Nesta perspectiva, e de forma didática, a participação comunitária está posta como aquela que complementa o Estado; a participação popular a que combate o Estado; e finalmente a participação social, como controladora das ações do Estado (CARVALHO, 1995).

Por estas vivências, fui me convencendo de que muito ainda tinha que se avançar nestes processos de participação da população e os conselhos de saúde já surgiam como um campo fértil para ser conhecido e revelado. O interesse pelo tema conformou-se no projeto de mestrado que busca uma aproximação com esta questão do controle social no SUS, trazendo para a nossa roda de discussão, como estão estruturados os conselhos de saúde e como ocorre este exercício de cidadania nos diversos segmentos de representação.

Neste trabalho, o capítulo inicial apresenta a introdução ao tema de pesquisa, com uma breve revisão bibliográfica, a delimitação do objeto a ser estudado, além da justificativa da pesquisa. Algumas questões e reflexões estão apontadas sobre o tema de investigação e que nos ajudaram a delinear os objetivos geral e específicos.

No segundo capítulo, apresentamos uma aproximação com o tema, descrevendo o percurso histórico do controle social no SUS, com detalhamento dos conselhos de saúde, e perfazendo um paralelo com as normas operacionais e as deliberações das conferências de saúde.

O caminho metodológico escolhido para esta investigação encontra-se no terceiro capítulo, detalhando o *locus* da pesquisa, os sujeitos envolvidos, os instrumentos eleitos para a coleta de dados e a forma de análise do material empírico.

No quarto capítulo, os dados da investigação são discutidos com a evidenciação da configuração legal dos conselhos de saúde, como estas instâncias funcionam na perspectiva de seus membros, além das perspectivas que o Pacto de Saúde traz para a participação e controle social no SUS.

No último capítulo, estão apontadas as reflexões finais do estudo e são apresentados as perspectivas e desafios atuais para o controle social no SUS nesta região de saúde.

1 INTRODUÇÃO

A Carta Magna promulgada em 1988 é denominada Constituição Cidadã, por ter em seu bojo inúmeros dispositivos que garantem a participação da comunidade na tomada de decisões pelo Estado. Apresenta em seu artigo 198 esta participação como um dos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), juntamente com a descentralização e o atendimento integral (BRASIL, 2001a).

Esse resultado veio ao encontro do desejo da sociedade e foram sustentados pelo movimento da Reforma Sanitária, concebida quando o país estava sob o regime ditatorial, no qual o Estado exercia alto controle sobre a sociedade.

A participação direta da comunidade proposta neste movimento surgiu diante da crise de legitimidade das formas convencionais de representação de interesses, por pressões dos movimentos sociais, e inspirada em recomendações das agências internacionais. Sua instituição diante deste contexto explicita-se a ambigüidade do Estado, que permanecia ao mesmo tempo permeável às práticas autoritárias (CORREIA, 2000; WENDHAUSEN, 2002).

A participação da comunidade no SUS, garantida pela Constituição Federal teve sua regulamentação através de legislação complementar, chamada Lei Orgânica de Saúde n ° 8.142 de 1990.

Importante neste estudo discutirmos os conceitos sobre participação e controle social de que estamos tratando, dada a multiplicidade de sentidos que pairam sobre estes termos.

A expressão “controle social” definida por diversos autores na área de sociologia está acoplada ao controle que o Estado exerce sobre a sociedade, ou ainda da sociedade ou coletivo sobre o indivíduo, no sentido de manutenção de determinada ordem socialmente aceita (CORREIA, 2000, p. 53).

Na psicologia, numa visão mais subjetiva, o controle social se dá pelas normas sociais introjetadas no indivíduo através da estrutura da personalidade (CARVALHO, 1995).

Esta perspectiva de controle social, na qual o Estado comandava as ações vigorou por séculos no setor saúde. Um exemplo disso era a adoção de práticas da polícia sanitária voltadas a controlar os indivíduos de modo que a sociedade, de forma geral, servisse ao Estado (CARVALHO, 1995).

A Constituição Federal (Título VIII, Capítulo II) e a Lei n ° 8.142 apresentam o termo participação da comunidade e desta origina-se o controle social como umas suas funções. O conceito pleno de participação agrega no campo individual, a relação dos usuários e o SUS com seus serviços de saúde e, no coletivo, sua inserção com proposições e controle através das instâncias

formais, configuradas como os conselhos e conferências de saúde. É apontada pelo autor como o *termo mãe* e, portanto muito mais “amplo, abrangente e profundo que o simples controle social”, e tratá-los como sinônimos reduzimos seu papel (CARVALHO, 2006, p. 45).

Na atual perspectiva adotada pelo setor saúde, o controle social teve sua abordagem invertida, ou seja, o controle da sociedade sobre o Estado, visando que o mesmo cumpra suas funções e que os projetos desenvolvidos estejam de acordo com os interesses públicos.

Nesta concepção, a sociedade passa a representar o interesse coletivo e público e o Estado, “é tido como liminarmente comprometido com os interesses particulares”. Também surge o conceito de *accountability*, que corresponde a qualidade no cumprimento das funções de governo de acordo com o que esperam os cidadãos (CARVALHO, 1997, p. 95).

Uma das grandes conquistas da reforma sanitária foi à democratização do Estado que, agregado ao processo de descentralização da gestão, permitiu a instituição do controle social com novos atores sociais participando no SUS. No entanto, “o caráter virtuoso desse processo participativo não tem sido suficiente para resultar numa práxis de *reforma social geral*” (PAIM, 2008, p. 295).

Com o ressurgimento da sociedade civil na década de 70 se contrapondo ao Estado autoritário instituído no período de ditadura surgiram diversos espaços públicos que visam à ampliação da participação na gestão estatal (DAGNINO, 2002a, p. 9).

Isto remete à necessidade do fortalecimento da capacidade da população de tomar suas próprias decisões sobre fatores determinantes da sua condição de vida, de trabalho e de saúde, sendo protagonista de sua própria história. Neste contexto, o “empowerment” ou empoderamento, surge como um preceito que vincula ao cidadão e a sociedade capazes de gerar desenvolvimento, promovendo e impulsionando comunidades (GOHN, 2004).

A Lei n ° 8.080/90, em seu artigo 33, apresenta os conselhos de saúde de cada esfera de atuação como instâncias de fiscalização dos recursos financeiros do SUS. Em decorrência de seus inúmeros vetos, editou-se em seguida a Lei n ° 8.142/90, a qual dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre transferências de recursos financeiros.

Através desse disposto, determina-se que em cada esfera de governo haverá instâncias colegiadas, conferindo aos conselhos de saúde “caráter permanente e deliberativo atuando no controle da execução da política pública na instância correspondente, inclusive em seus aspectos econômicos e financeiros” (BRASIL, 2001a).

O processo de instalação de conselhos de saúde foi potencializado no país, com edição pelo Ministério da Saúde, a partir de 1991, de normas operacionais, as quais condicionavam

a existência de conselhos de saúde ao recebimento de recursos financeiros federais pelos estados e municípios.

Este condicionamento impulsionou a criação destas instâncias colegiadas, e, também atrelava aos conselhos a obrigação da aprovação de planos de saúde, orçamento e outros instrumentos de gestão. Como resultado deste processo encontra-se variações na sua organização e composição dos conselhos de saúde e inúmeros estudos apontam para problemas em seu funcionamento (LABRA; ST AUBYN, 2002).

Os conselhos de saúde trouxeram ao SUS grandes possibilidades de participação na saúde instituindo novos mecanismos ao processo decisório.

Esta participação popular inovadora na organização do SUS “é a expressão mais viva da participação da sociedade nas decisões tomadas pelo Estado no interesse geral, ou seja, da participação popular no exercício do poder político” (CARVALHO, SANTOS, 2007, p. 244).

Os conselhos gestores são “arranjos institucionais inéditos” e são importantes incursões no sentido de compreender o quanto foram efetivados enquanto controladores das políticas públicas (TATAGIBA, 2002, p. 55).

Atribui-se a estas instâncias, “criaturas da reforma sanitária... seus potenciais (re) criadores”, a necessidade de que ocupem seus espaços legalmente constituídos e exerçam de forma apropriada suas funções como guardiões dos princípios do SUS (CARVALHO, 1995, p. 112).

Configuram-se como “uma das principais e mais interessantes inovações da organização sanitária brasileira contemporânea”, por constituírem-se em lócus de desenvolvimento de “práticas sociais e políticas concretas”, qualificando-se cada vez mais em objetos de investigação e reflexão teórica de estudiosos (CARVALHO, 1995, p. 4).

Os conselhos de saúde já são uma realidade em todo o território nacional, porém nem todos com funcionamento adequado e inúmeras dificuldades estão presentes neste percurso da construção do processo de participação no SUS (CARVALHO, 2006).

Os Conselhos Municipais de Saúde (CMS), nosso foco de estudo, “enfrentam sérias dificuldades para atingirem um patamar de pleno funcionamento e exercerem o controle social”, entre essas se podem destacar a falta de autonomia, demonstrada pela precariedade de estrutura e organização, baixa efetividade em suas decisões etc. Análises do processo de efetivação da participação social no SUS, como, por exemplo, um panorama da situação dos conselhos de saúde poderia subsidiar discussões em diferentes esferas, espaços, com diversos atores envolvidos no sentido de garantir a efetividade deste princípio constitucional da participação comunitária (MOREIRA, 2008, p. 16).

Inúmeros avanços e desafios são vivenciados pelos conselhos de saúde, porém somente aquele formado como preconiza a lei e funcionando “não é prerrogativa de sua legitimação”. Há também que se garantir capacitação através de processos de educação em saúde, não só dos conselheiros como também da população para o exercício do controle social (SOARES; TRINCAUS, 2007, p. 261).

O processo de redemocratização instituído propõe redefinições na relação entre o Estado e a sociedade civil e com “chamamento do Estado aos grupos de interesses para atuarem nos organismos de gestão de políticas públicas... apontando para uma dissolução entre a oposição assinalada entre Estado e sociedade civil”. Os teóricos do neocorporativismo consideram relevante a participação do Estado na estruturação da ação destes grupos de interesses societários na esfera da gestão pública. Dessa forma, as “políticas públicas originam clientelas dependentes dos bens produzidos e incorporam grupos e indivíduos em instâncias decisórias centradas no Estado...”. Conclui que, com esta “institucionalização dos conflitos”, o Estado ainda mantém-se como o centro de poder decisório das políticas públicas, inclusive a de saúde e das inovações observadas como os conselhos de saúde e outros órgãos colegiados (RIBEIRO, 1997, p. 83).

Os conselhos de saúde são considerados terrenos férteis para estudos e uma das investigações propostas é como a “tecnoestrutura do Estado participante da elaboração das decisões da política de saúde convive com a entrada neste processo dos grupos de interesses consubstanciados nos conselhos de saúde” (RIBEIRO, 1997, p.84).

O avanço de dispositivos de participação da sociedade, em decisões que tradicionalmente eram tomadas exclusivamente pelo poder executivo, pode gerar diversos conflitos e disputas de poder, dificultando a conquista de uma gestão mais democrática e participativa, cristalizando o modelo hegemônico de gestão vinculado ao exercício do poder.

Em contraponto à gestão clássica voltadas a gerir processos, outros ou novos arranjos são possíveis, trazendo outros sentidos as organizações, que, nos espaços coletivos, podem promover autonomia, criatividade e “desalienação” (CAMPOS, 2007, p. 123).

Apesar dos conselhos integrarem a estrutura legal dos órgãos gestores da saúde em cada esfera de governo, frequentemente não há clareza das suas atribuições confundindo-se com a de gestor do sistema “consequência da baixa experiência acumulada e de alguns equívocos e conflitos” existente e “fruto de inseguranças e preconceitos de ambos os lados”. Somente superando estas questões em relação à gestão da saúde e aos conselhos de saúde, e outras formas de participação da comunidade, é que serão reconhecidos de forma plena e efetivamente exercerão seu papel. Esta superação é decorrente de um processo de amadurecimento e de “respeito às atribuições

legais específicas tanto das funções da Gestão como do Controle Social através dos Conselhos de Saúde” (BRASIL, 2002b, p.12).

Em estudo RIBEIRO (1997, p. 87) sobre a análise de formulação da agenda de conselhos de saúde identificou dois modelos básicos de funcionamento. O primeiro da “vocalização política dos grupos de interesses representados” no colegiado e decorrente de situações adversas, como resistências governamentais à sua implantação ou forças político-partidárias em grande atividade. Como resultado deste processo indicou a situação de ruptura ou pela dificuldade de consensos implicando que os temas passam a serem tratados em outros espaços. O segundo modelo de pactuação, com alto grau de consenso “entendido como compromisso mútuo de institucionalizar a soluções, propostas e não como superação das divergências” acarreta limitação dos programas dos grupos de interesses e do governo que quando decorrente da hegemonia política, poderia ser chamado de prefeiturização do conselho. Ainda de acordo com o autor, a definição destes modelos decorre da “relevância do Estado na definição de instâncias decisórias, do *status* dos grupos de interesses e da agenda política”.

Aqui se poderia perguntar: seria possível um equilíbrio de forças que propiciasse o desempenho de sua principal função com a garantia de espaços adequados para o exercício da cidadania e controle das políticas públicas de saúde?

Importante salientar as diversas dimensões da atuação do controle social no SUS, entre elas, o diagnóstico da situação de saúde de uma dada comunidade, elaboração de propostas de intervenções que considere a relação entre custo e benefício, definição do desenho assistencial a ser adotado, com priorização ou não de ações de promoção e proteção à saúde, acompanhamento e avaliação da execução dos planos de saúde, ações, metas e resultado/impacto na saúde da população, além da fiscalização dos recursos financeiros e orçamento (BRASIL, 2006b).

O primeiro presidente eleito do Conselho Nacional de Saúde (CNS) relata que o controle social no Brasil, após 1990, teve diversos ciclos. Inicialmente a “efervescência por conta da expectativa de criação”, seguida em 1996 pela criação da Plenária Nacional dos Conselhos de Saúde com intuito de ampliação e qualificação. O terceiro momento relatado “foi um freio brutal neste processo de mobilização e organização a partir de 1998” com o enfraquecimento dos conselhos e fortalecimento das Comissões Intergestores Bipartites e Tripartite, nas quais as decisões eram discutidas. O quarto momento relatado se dá a partir de 2003 com “retomada da organização, do respeito ao controle social e do estímulo à participação social” (BATISTA JÚNIOR, 2007, p. 20).

O SUS completa vinte anos de existência e ao longo destes anos, os conselhos de saúde têm conquistado avanços, porém para que possam exercer suas atribuições de forma plena e efetiva torna-se necessária a superação de grandes desafios. Um deles passa pela valorização e

reconhecimento de sua responsabilidade na consolidação do SUS pela sociedade e pelos gestores de saúde e também pelos próprios conselhos.

Todos os 5.564 municípios brasileiros possuem CMS instalados de acordo com a pesquisa (MOREIRA; ESCOREL, 2009, p. 796), sendo que 5.553 conselhos informaram na base de dados do Cadastro Nacional dos Conselhos de Saúde (BRASIL, 2008).

No âmbito do Departamento Regional de Saúde (DRS) III de Araraquara/SP houve a criação dos CMS em todos os municípios a partir de 1991, em sua maioria através de lei municipal e com o gestor como seu presidente.

Os conselhos de saúde devem ter sua organização e estrutura definida baseadas nas diretrizes apresentadas pela Resolução n^o 333/03 do CNS (BRASIL, 2003). No DRS III, 75% dos CMS informaram no cadastro nacional que estão de acordo com a Resolução, sendo que, os problemas identificados estão relacionados ao descumprimento da paridade dos segmentos, inexistência de dotação orçamentária, inexistência de estrutura administrativa, sede própria e secretaria executiva e, finalmente, sem participação em cursos de formação para conselheiros de saúde.

Este trabalho justifica-se pela importância da análise qualitativa da participação social instituída através dos conselhos de saúde, refletindo sobre seus avanços nestes anos de construção do SUS e suas fragilidades e potencialidades neste exercício de cidadania.

Na literatura, os estudos encontrados privilegiam a análise dos conselhos nas diversas esferas de gestão, municipal, estadual e nacional. De forma geral, as investigações sobre os conselhos municipais constituem-se por análises individuais ou de agrupamento de municípios intra-estaduais ou ainda de abrangência nacional. Pode-se destacar o ineditismo do presente trabalho que analisa o controle social em uma região de saúde constituída a luz do Pacto pela Saúde¹ (BRASIL, 2006a).

Com o Pacto de Gestão vislumbram-se possibilidades de avanços, à medida que, explicitam-se as responsabilidades dos gestores das esferas de governo para o fortalecimento do SUS. No eixo participação e controle social devem-se desenvolver ações de apoio aos conselhos de saúde, as conferências de saúde e aos movimentos sociais no campo da saúde; apoio aos processos de formação de conselheiros; estímulo à participação e avaliação dos cidadãos nos serviços de

¹ Pacto pela Saúde. Editado em 2006 através da Portaria n^o 399 do Ministério da Saúde com consensos entre as três esferas de gestão apresentando mudanças significativas no SUS, como: a substituição do atual processo de habilitação pela adesão solidária com a definição de compromissos de gestão; a regionalização solidária e cooperativa como eixo estruturante do processo de descentralização; a integração de repasse dos recursos federais; e a unificação dos vários pactos hoje existentes. Contêm o Pacto pela Vida, o Pacto em Defesa do SUS e o Pacto de Gestão.

saúde; apoio aos processos de educação popular; implantação de ouvidorias e apoio aos processos de mobilização social e institucional em defesa do SUS.

Com a implementação do Pacto pela Saúde no Estado de São Paulo e a elaboração do Plano Estadual de Saúde houve em 2007 o estabelecimento das regiões de saúde e a instalação dos Colegiados de Gestão Regionais (CGR), além da celebração dos termos de compromisso de gestão municipal e estadual, com definições de propostas e prioridades locais e regionais pactuadas entre os gestores municipais e estadual e apreciadas pelos respectivos conselhos de saúde (SÃO PAULO (Estado), 2007). Um olhar cuidadoso aos termos de compromissos de gestão municipal poderá identificar como está explicitada a questão da participação e controle social e proposições para seu fortalecimento.

Na Região de Saúde Coração do DRS III, *locus* desta pesquisa, 83,3 % dos CMS estão adequados de acordo com a Resolução nº 333/03, sendo que no Brasil e Estado de São Paulo esta situação corresponde a 89 % e 86 % respectivamente (BRASIL, 2008).

Entendendo que neste processo, os gestores de saúde podem redefinir suas prioridades e celebrar seus compromissos, aprovados pelos conselhos de saúde, é um momento propício para discussão da participação e controle social no SUS.

Salienta-se, ainda, que o contexto atual do SUS, apresenta-se enorme confluência de forças favoráveis para o fortalecimento do controle social, destacando-se além do Pacto pela Saúde (BRASIL, 2006a), a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (BRASIL, 2004a), a Política Nacional de Educação Permanente para o Controle Social (BRASIL, 2007a) e a Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa no SUS (BRASIL, 2007b).

Nesta perspectiva, algumas questões merecedoras de análises se colocam sobre o exercício de controle social e os conselhos de saúde as quais foram se somando ao longo da carreira profissional e pessoal da pesquisadora e que, se pretende abordar neste estudo.

- ✓ Quando foram constituídos os conselhos de saúde e qual a trajetória destes ao longo do tempo?
- ✓ Como estão estruturados e seu desenho condiz com a legislação nacional e com as necessidades dos conselheiros?
- ✓ São instâncias autônomas e com as condições necessárias para seu efetivo exercício?
- ✓ Quem estes conselheiros representam e como foram integrados a estes conselhos?
- ✓ Qual a concepção destes sujeitos acerca do controle social e das instâncias legalmente constituídas?
- ✓ Como se dá sua participação cotidiana nestes espaços? Sentem-se preparados para este exercício?

- ✓ Que demandas estes conselheiros levam aos conselhos?
- ✓ Estes sujeitos reconhecem os resultados positivos deste exercício? Identificam avanços ou fragilidades? Quais os desafios que vislumbram?
- ✓ Que perspectivas o Pacto pela Saúde traz a participação e ao controle social?

A certeza dos limites na busca das respostas faz com que se tenha a idéia de levantar um panorama regional inédito e geral sobre a participação social no território estudado e que aponte outras perspectivas de investigações futuras.

Não menos relevante, espera-se que este estudo facilite a instrumentalização dos atores envolvidos em busca da alteração de suas realidades de participação utilizando o momento histórico de revisão das práticas no setor saúde e o potencial da região de saúde desenhada no Pacto pela Saúde.

O estudo tem como o objetivo geral analisar o controle social na gestão do SUS na Região de Saúde Coração do DRS III - Araraquara no Estado de São Paulo, explicitando a situação dos conselhos municipais de saúde, em suas dimensões organizativas, estruturais e funcionais.

Os objetivos específicos são:

- ✓ Analisar a estruturação e funcionamento dos conselhos, baseados na legislação municipal vigente e à luz da Resolução n ° 333;
- ✓ Apreender a percepção dos conselheiros municipais de saúde acerca do controle social;
- ✓ Identificar os compromissos de gestão previstos no Pacto pela Saúde quanto à participação e controle social.

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA DO ESTUDO

A presente etapa do trabalho discorre a trajetória histórica de instauração do controle social no SUS e a implantação dos Conselhos Municipais de Saúde no Brasil, porém considerando que sua gênese iniciou em fases anteriores há necessidade de abordarem-se períodos pré-constituição.

O processo de construção do SUS foi longo e fruto de diversos movimentos populares, sociais, políticos e técnicos ocorridos ao longo da história da saúde no país.

A gênese do Movimento da Reforma Sanitária tem como pano de fundo as inúmeras questões políticas, econômicas e sociais a partir de 1964. Neste contexto ocorre uma “rearticulação paulatina dos movimentos sociais” e diversas denúncias sobre a situação da saúde pública, além de movimentos gerados nos recém constituídos departamentos de medicina preventiva com perspectivas de produção do conhecimento sobre a saúde da população e práticas sanitárias. No panorama internacional, a Conferência Internacional sobre Atenção Primária a Saúde reafirmava a responsabilidade dos governos em promover e reconhecer o direito à saúde como fundamental ao homem, e já apontando para seus determinantes. Também neste cenário, inúmeras instâncias se mobilizaram, como a Igreja Católica - Conferência Nacional dos Bispos do Brasil (CNBB) e Comunidades Eclesiais de Base (CEBs), movimentos estudantis e sindicais (SCOREL; NASCIMENTO; EDLER, 2005).

Há uma dupla frente de trabalho do movimento sanitário, com uma repercussão dentro do próprio aparelho estatal, denominado braço estatal, e o Centro Brasileiro de Estudos em Saúde (CEBES), denominado braço civil, passa a ser um difusor dos debates, dentro do aparelho estatal, da sociedade civil, indo “além das fronteiras da corporação médica” (DÂMASO, 1989, p. 71).

A estratégia política adotada “foi de ocupar postos centrais do aparato do Estado” em especial na previdência social, promovendo reformas institucionais buscando a descentralização e participação da sociedade na gestão (COHN, 1995, p. 233).

Com a instauração da Nova República e com lideranças do movimento sanitário ocupando importantes funções em instituições que definiam a política do setor saúde, houve a convocação da 8^a Conferência Nacional de Saúde, realizada em março de 1986, cujas propostas deliberadas pautaram-se nos princípios da Reforma Sanitária (SCOREL; NASCIMENTO; EDLER, 2005).

Com a maior participação social da história das conferências nacionais de saúde, esta foi considerada a pré-constituente e em seu relatório final propõe a implantação do SUS (CÔRTEZ, 2003).

A Constituição Federal promulgada em 1988, precedida do processo constituinte que sofreu enormes pressões da sociedade civil organizada, conjuntamente com forte adesão parlamentar no sentido de preservar as proposições, introduziu em seu artigo n° 198, as diretrizes do SUS, entre estas a participação da comunidade (BRASIL, 1988).

Inicia-se então a árdua luta pela efetivação do SUS e em setembro de 1990, aprovou-se a Lei Orgânica de Saúde n° 8.080 que dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e funcionamento dos serviços correspondentes, além de, outras providências (BRASIL, 2001a).

A Lei Orgânica de Saúde n° 8.142, sancionada em dezembro de 1990, “é fruto de grandes negociações entre os atores envolvidos no processo de construção do SUS” (ANDRADE; BARRETO, 2007, p. 47) a qual determina que, em cada esfera de governo contará, com as seguintes instâncias colegiadas: conferência² e conselho de saúde. Este último com caráter permanente e deliberativo, composto por representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários, atuando na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, cujas decisões são homologadas pelo chefe legalmente constituído em cada esfera de governo (BRASIL, 2001a).

O CNS já existia desde 1937 (DOMINGUEZ, 2007) e tinha funções meramente consultivas e técnicas, composto por indicados pelas instituições públicas e sem a participação da sociedade. Após a aprovação da Lei n° 8.142/90 e a edição do Decreto n° 99.438/90 alterou-se a sua composição (representações do plenário), a forma de indicação de membros, a periodicidade de reuniões e dinâmica de reuniões (convocação, quorum, votação, resoluções etc.), mantendo a presidência exercida pelo Ministro de Estado da Saúde.

Baseados na Constituição Federal e na Lei Orgânica de Saúde, os estados e municípios criaram suas próprias legislações. No Estado de São Paulo, houve em 1989 a promulgação da Constituição do Estado de São Paulo, e, analogamente, os municípios editaram suas leis orgânicas municipais em 1990 (CALDERÓN, 2000).

O tema tratado a seguir destaca-se duas grandes vertentes, sendo que inicialmente tratará sobre a construção histórica do controle social no SUS, destacando o papel das normas

² Conferência da Saúde: são instâncias colegiadas previstas a partir da Lei n° 8.142/90 e que devem reunir a cada quatro anos nas diversas esferas de governo com a finalidade de avaliar a situação de saúde e propor as diretrizes para formulação da política de saúde.

operacionais no que se refere aos conselhos municipais de saúde. Na sequência, apresentam-se as reflexões e proposições decorrentes das conferências nacionais de saúde promovidas após a Constituição de 1988 e que abordam temas relativos aos conselhos de saúde e que poderiam colaborar no seu fortalecimento no SUS, visto que estão são fundamentais na formulação das diretrizes nacionais do SUS.

2.1 Aspectos normativos do SUS e o controle social

O Ministério da Saúde com o intuito de definir estratégias e movimentos táticos que orientem a operacionalidade do SUS passou a editar Normas Operacionais Básicas (NOB) visando à garantia do funcionamento deste sistema complexo e nacionalmente composto por diversos atores sociais responsáveis pela política nacional de saúde (ANDRADE; BARRETO, 2007).

A NOB n ° 1 editada através da Resolução n ° 258, de 07 de Janeiro de 1991 pelo Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) estabeleceu no campo do controle social os requisitos básicos para transferências financeiras aos municípios:

*“... criação de Conselhos Municipais de Saúde, compostos por representantes do governo municipal, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários, com composição paritária;
... Os Conselhos de Saúde, em caráter permanente e deliberativo, com representação paritária e compostos por representantes dos governos, prestadores de serviços, profissionais de saúde (50%) e usuários (50%) atuarão na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde na instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros.
... Caberá aos Conselhos de Saúde a aprovação dos Planos de Saúde em cada esfera de sua atuação, bem como a fiscalização da movimentação dos recursos repassados às Secretarias Estaduais, e Municipais e/ou Fundos de Saúde “(ANDRADE; BARRETO, 2007).*

Neste momento a “imposição legal da criação dos conselhos de saúde como requisito para a municipalização do setor saúde fez com que estes se multiplicassem”. Em decorrência disso havia Conselhos de Saúde em quase a totalidade dos municípios no país, sendo 71 % deles criados a partir de 1991 conforme pesquisa de Avaliação do Funcionamento dos Conselhos Estaduais e Municipais de Saúde (CORREIA, 2005, p. 64).

A NOB n ° 2, editada em 1992, por meio da Portaria n ° 234, da Secretaria Nacional de Assistência a Saúde e INAMPS, não chegou a ser implantada. Com forte influência do movimento municipalista (SANTOS; ANDRADE, 2007), enfatizava a participação da sociedade no processo de planejamento, confirmando o condicionamento de recursos à existência de conselhos de saúde, mesmo que ainda estivessem em processo de formação (projeto de lei em tramitação) e mediante processo de habilitação através das secretarias de estado da saúde:

“... com gestor único em cada esfera de governo, de execução municipalista em termos operacionais e gerenciais, com obrigatória participação da sociedade organizada no seu planejamento... O planejamento, que deve ser desenvolvido através de uma metodologia participativa... Na medida em que o município define suas próprias necessidades na área da saúde, bem como os meios para satisfazê-las, os recursos disponíveis são maximizados possibilitando o alcance da eficiência e eficácia do setor. Uma outra grande vantagem que se pode apontar é a de que ao aproximar os agentes decisórios e executores dos usuários, o sistema facilitará a participação mais efetiva da comunidade na definição e no controle das ações de saúde...

...Os projetos de lei de criação do Fundo Municipal de Saúde e Conselho Municipal de Saúde, em tramitação, e a conta especial, serão considerados para efeito de repasse dos recursos financeiros federais, de forma regular e automática, aos municípios...” (ANDRADE; BARRETO, 2007).

Essa edição da norma tentava retomar alguns princípios da Reforma Sanitária e propunha a descentralização de ações e serviços de saúde e decisões em instâncias colegiadas de gestores, ou seja, a Comissão Intergestores Tripartite (CIT) criada em janeiro de 1992 (SANTOS; ANDRADE, 2007).

A NOB n° 3 editada através da Portaria Ministerial n° 545, de maio de 1993 teve influência do documento “Descentralização das Ações e Serviços de Saúde: A Ousadia de Cumprir e Fazer Cumprir a Lei”, aprovado pelo CNS no mesmo ano. Apesar de seu forte caráter normatizado constituiu-se em um marco na implementação do SUS, reconhecendo a descentralização como princípio importante, na aproximação da gestão com os usuários, propõe a reformulação do modelo assistencial vigente e aponta aos municípios as condições de gestão (incipiente, parcial e semiplena). Explicita a necessidade de revisão do aporte financeiro e a de forma compartilhada entre as esferas de governos, com o gerenciamento do processo de descentralização no SUS pelas instâncias colegiadas federais (CIT e CNS), as instâncias estaduais (Comissões Intergestores Bipartite – CIB – e Conselhos Estadual de Saúde – CES), e municipais (CMS). Também uma marca desta NOB foi à adoção das transferências de recursos “fundo a fundo”, ou seja, de forma direta e não por meio de convênios (ANDRADE; BARRETO, 2007).

“A construção do SUS é um processo, no qual a diretriz de descentralização das ações e serviços vem assumindo dimensões bastante complexas e... tem como fundamentos os seguintes pressupostos:

... a descentralização envolve dimensões políticas, sociais e culturais e sua efetivação pressupõe diálogo, negociação e pactuação entre os atores que vão constituir a base de legitimação das decisões;

... o estabelecimento desta nova prática requer a existência e funcionamento regular dos Conselhos de Saúde, paritários e deliberativos, como mecanismo privilegiado de participação e controle social;...” (ANDRADE; BARRETO, 2007).

Neste contexto, o Estado de São Paulo criou o CES através da Lei Estadual n ° 8.356, em 20 de julho de 1993, com nova redação dada pela Lei n ° 8.983 de dezembro de 1994, na qual vincula a secretaria de saúde a esta instância colegiada, com caráter permanente e com natureza deliberativa. Determina como membro nato e presidente do colegiado, o secretário de saúde (SÃO PAULO (Estado), 1993; 1994).

Com o intuito de apontar diretrizes norteadoras para a constituição e estruturação dos conselhos de saúde no país, o CNS endossando as deliberações da IX Conferência Nacional de Saúde, deliberou a Resolução n ° 33/92 (BRASIL, 1992; CORREIA, 2005). Em contribuição a este processo, o Ministério da Saúde lançou a cartilha “Conselho de Saúde - guia de referência para a sua criação e organização” visando orientação neste processo (BRASIL, 1994).

Em 1996, o Ministério da Saúde editou a NOB n ° 01/96 através da Portaria n ° 2.203, de 6 de novembro de 1996, intitulada “Gestão plena com responsabilidade pela saúde do cidadão” a qual reforça o princípio da descentralização e da gestão do sistema de saúde pela esfera municipal de governo, redefinindo responsabilidades. Prevê duas modalidades de gestão (gestão plena da atenção básica e plena do sistema municipal) e alteram significativamente as formas de transferência de recursos federais (Piso Atenção Básica, incentivo ao Programa de Saúde da Família (PSF), Vigilância Sanitária e Epidemiológica etc.). Abordam as comissões intergestoras como instâncias colegiadas de negociação e articulação entre gestores, nos diferentes níveis do sistema (SANTOS; ANDRADE, 2007). Quanto à participação e controle social a resolução aponta:

“... a gestão e todo o sistema municipal é,..., da competência do poder público e exclusiva desta esfera de governo, respeitadas as atribuições do respectivo Conselho e de outras diferentes instâncias de poder... as matérias de competência dos Conselhos de Saúde, definidas por força da Lei Orgânica, desta NOB ou de resolução específica dos respectivos Conselhos são submetidas previamente a estes para aprovação... Requisitos para habilitação... Comprovar o funcionamento do CMS... devem apresentar a CIB os seguintes documentos: ata das três últimas reuniões do CMS;...”

No processo de avanço da municipalização, apesar das NOBs (1993 e 1996) não terem apresentado diretamente questões sobre o funcionamento dos conselhos de saúde e conferências municipais de saúde, contribuíram para seu fortalecimento político, visto que apoiaram as intenções de consolidar o papel deliberativo destas instâncias no SUS (CÔRTEZ, 2003).

Neste momento, 99 % dos municípios estavam habilitados em alguma modalidade de gestão e considerando a necessidade de aprimoramento do processo de descentralização e organização do sistema, aprovou-se a Norma Operacional da Assistência a Saúde – NOAS n ° 01/2001 através da Portaria n ° 95 de 26 de janeiro de 2001. Esta propõe a ampliação de responsabilidades dos municípios na atenção básica, define o processo de regionalização da

assistência, criando mecanismos de fortalecimento da capacidade de gestão e atualizando critérios de habilitação, indicando a modalidade plena da atenção básica ampliada e plena do sistema municipal. Considerando algumas dificuldades em relação sua a normatização, foi reeditada através da NOAS n ° 01/2002 (Portaria n° 373 de 27 de fevereiro de 2002). Quanto à participação e controle social estabelece como requisito para habilitação (ANDRADE; BARRETO, 2007):

“... Comprovar o funcionamento do CMS... Plena Atenção Básica Ampliada: ...Instrumentos de verificação do funcionamento do Conselho Municipal de Saúde (CMS): Ato legal de criação..., Atas das 3 últimas reuniões... e Declaração da SMS de composição paritária do CMS, ... Plena do Sistema Municipal: ...O CMS com composição paritária, conforme a Lei 8.142/90, e funcionamento regular”.

Dada a necessidade reconhecida pelos diferentes segmentos de retomada dos compromissos com o Movimento da Reforma Sanitária Brasileira, reafirmação dos princípios do SUS, qualificação dos processos de pactuação, aperfeiçoamento das responsabilidades sanitárias e de gestão entre os entes federados, o Ministério da Saúde editou a Portaria n ° 399, em 22 de fevereiro de 2006, que divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as suas diretrizes operacionais. Sua regulamentação está explicitada na Portaria n ° 699, de 30 de março de 2006, e é composto pelo Pacto pela Vida, Pacto em Defesa do SUS e Pacto de Gestão. Neste último, compõe as diretrizes para gestão do sistema cujas propostas estão explicitadas nos termos de compromisso de gestão de cada ente federado. Nesta lógica, o SUS pós-NOB resgata a lógica da federação, reconhecendo a importância da autonomia e articulação dos entes federados, para assunção das responsabilidades com a saúde da população (ANDRADE; BARRETO, 2007).

Complementarmente aponta que para o fortalecimento da participação social devem ser desenvolvidas ações de apoio aos conselhos de saúde, às conferências de saúde e movimentos sociais buscando que exerçam seus papéis; apoio aos processos de formação de conselheiros; estímulo à participação e avaliação dos cidadãos nos serviços de saúde; apoio aos processos de educação popular; implantação de ouvidorias e desenvolvimento de processos de mobilização social e institucional em defesa do SUS.

Importante ressaltar que a gestão estratégica e participativa tem sido considerada um avanço no processo de consolidação do SUS e neste sentido, o Ministério da Saúde estabeleceu em 2007 a Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa do SUS, com enfoque principal na gestão participativa e controle social, monitoramento e avaliação da gestão, ouvidoria e auditoria do SUS, detalhando as ações, atribuições e responsabilidades das esferas de gestão, e com garantia de financiamento específico (BRASIL, 2007b).

No Estado de São Paulo a implantação do Pacto pela Saúde foi agregada à elaboração do Plano Estadual de Saúde a partir de agosto de 2007. Como fruto deste trabalho ocorreu o estabelecimento das Regiões de Saúde e a formação dos Colegiados de Gestão Regionais, bem como a celebração dos termos de compromisso de gestão municipal e estadual, após inúmeras discussões e pactuações entre os gestores e com apreciação dos respectivos conselhos de saúde (SÃO PAULO (Estado), 2007).

Este contexto, em que os gestores de saúde redefinem suas prioridades e propostas de ações para as adequações necessárias submetidas aos conselhos de saúde, representa um momento propício para apoio aos processos de participação e controle social e de consolidação do SUS.

2.2 Deliberações sobre controle social nas conferências nacionais de saúde após 1988

Na 8^a Conferência em 1986, houve uma expressiva participação popular alterando decisivamente o papel destes espaços legítimos e democráticos de análise e proposições para o setor de saúde no país.

A Lei n^o 8.142/90 estabelece que as conferências ocorram a cada quatro anos com a representação dos diferentes segmentos que compõem a sociedade para avaliar a situação de saúde e propor as diretrizes para a formulação da política de saúde nos níveis correspondentes, sendo convocada pelo Poder Executivo ou, extraordinariamente, por este ou pelo conselho de saúde (BRASIL, 2001a).

Apesar da previsão de realização a cada quatro anos, a 9^a Conferência Nacional ocorreu somente em 1992, em meio a dificuldades políticas apontadas, com os diversos adiamentos da sua efetivação e como pano de fundo os trabalhos da Comissão Parlamentar de Inquérito (CPI) que apurava os desmandos e corrupções do governo federal. Teve como tema principal a “Municipalização é o caminho” (BRASIL, 1993, p. 13).

Em relação ao controle social na seguridade social, tentou-se resgatar a democratização da sociedade e exercício da cidadania com a importância da manutenção dos conselhos como instrumentos privilegiados neste exercício. Já neste momento, apontou-se a ocorrência do não cumprimento da lei orgânica de saúde listando situações tais como:

“... indicação de representação de usuários pelo poder executivo, transformação do Secretário de Saúde em presidente nato do Conselho, não implantação dos Conselhos ou então sua criação sem lhes atribuir caráter deliberativo,... ausência de divulgação das ações realizadas pelos Conselhos, desvinculação dos Conselhos das Conferências de Saúde, desrespeito ao princípio da paridade entre usuários e demais segmentos” (BRASIL, 1993).

Nesta Conferência diversas propostas foram apresentadas relativas ao fortalecimento dos conselhos de saúde:

- ✓ garantir a implantação dos conselhos de saúde nos diversos níveis, com autonomia financeira, composição de 50 % usuários, 25 % trabalhadores de saúde e 25 % de governo e prestadores de serviço com divulgação da constituição dos conselhos nos principais meios de comunicação, estabelecerem as conferências de saúde como meio de definição da formação, funcionamento, mandato e mecanismo de escolha dos diferentes segmentos dos conselhos de saúde, definição do mandato dos conselheiros independente do poder executivo, sugerindo duração de dois anos e recomenda que a indicação dos representantes de usuários e trabalhadores de saúde se dê em assembléia geral de suas entidades;
- ✓ composição dos conselhos, com usuários sempre representando entidades populares, representantes de trabalhadores, entidades da sociedade civil voltadas à organização dos usuários, não devendo incluir clubes de serviços, associações de empresários entre outros. Também aponta que os trabalhadores de saúde não podem ser representantes de usuários;
- ✓ os conselhos devem ser paritários, com caráter deliberativo e fiscalizador. Além disso, devem ter gestão colegiada e o presidente eleito entre os membros;
- ✓ deve reunir-se obrigatoriamente em periodicidade mensal, em reuniões abertas ao público, com divulgação de data e pauta e com infra-estrutura adequada garantida pelo poder público;
- ✓ garantia do acesso à informação, para viabilizar seu pleno funcionamento;
- ✓ obrigatoriedade da implantação dos conselhos gestores locais em todas as unidades prestadoras de serviços, de caráter deliberativo em seu nível de atuação;
- ✓ envolvimento do Ministério Público nas questões da garantia dos direitos dos usuários e no acompanhamento e fiscalização do funcionamento dos conselhos de saúde;
- ✓ garantia de acesso e difusão da informação necessária ao controle e fiscalização por parte da sociedade e usuários do SUS.

A 10^a Conferência, em 1996, ocorreu depois dos avanços na gestão em saúde e criação da Comissão Intergestores implementadas conforme a NOB 93 e revisada na NOB 96 (BRASIL, 1998).

Teve como principais eixos de discussão: saúde cidadania e políticas públicas; gestão e organização dos serviços de saúde; controle social; financiamento; recursos humanos e atenção integral à saúde.

A Carta da 10^a Conferência apontou preocupações com o avanço do modelo neoliberal enfatizando as importantes conquistas no SUS, enquanto política pública e conclamou a necessidade de maior autonomia dos municípios na construção do novo modelo de atenção reafirmando a participação popular e controle social. Destacou a urgente necessidade de ampliação dos recursos para financiar o SUS manifestando-se contra modelos alternativos que privilegiam a privatização.

As propostas acerca do controle social novamente reafirmam a obrigação do cumprimento da legislação dos SUS e a garantia do caráter deliberativo dos conselhos de saúde na formulação e execução da política de saúde, reavaliando sua composição e reafirmando a autonomia destas instâncias colegiadas. Em síntese são:

- ✓ ampla divulgação à sociedade “das resoluções, atividades, datas e locais das reuniões dos conselhos de saúde”, com garantia de recursos orçamentários para veiculação de jornais, boletins e outras publicações autônomas e periódicas;
- ✓ articulação entre conselhos e sociedade civil, com reuniões abertas à população e articulação permanente com outras instâncias: Ministério Público, tribunais de contas, outros conselhos, Promotoria dos Direitos do Consumidor, e entidades representativas dos trabalhadores e usuários;
- ✓ os conselhos e gestores devem constituir outros mecanismos de controle social: ouvidorias, conselhos gestores locais de unidades públicas e conveniadas, conselhos distritais e regionais de saúde, comissões de ética multiprofissionais vinculados aos conselhos de saúde, conferências microrregionais etc.;
- ✓ manter nos conselhos, comissões intersetoriais em diversas temáticas, além do acompanhamento do processo orçamentário e de fiscalização da qualidade da atenção e cumprimento da legislação do SUS;
- ✓ assegurar o pleno funcionamento dos conselhos de saúde, com infra-estrutura, recursos financeiros, espaço físico permanente, órgão de assessoramento técnico, secretaria executiva e apoio administrativo;
- ✓ estabelecimento de Política Nacional de Capacitação de Conselheiros;
- ✓ organizar e manter cadastro nacional e estadual dos conselhos e conselheiros de saúde;
- ✓ conselhos de saúde devem normatizar o processo de escolha e designação de conselheiros, sendo 50 % usuários, 25 % trabalhadores em saúde e 25 % de gestores e prestadores;
- ✓ conselhos devem promover sua autonomia, fortalecimento político e organização, com promoção de encontros em diversas esferas a cada dois anos e Plenária Nacional de Conselhos de Saúde.

Pode-se destacar nesta Conferência o surgimento de proposição para além dos conselhos formais e conferência, indicando a constituição de novos espaços de participação, como conselhos gestores de unidades ambulatoriais ou hospitalares financiados com recursos do SUS (CÔRTEZ, 2003).

A 11^a Conferência ocorreu em 2000 com o tema “Efetivando o SUS: acesso, qualidade e humanização na atenção à saúde com Controle Social”, e seu relatório revelou que a municipalização ainda não era uma realidade para todo o país, a despeito dos avanços ocorridos de acesso aos serviços, modelo de atenção e de gestão. Apontou preocupações quanto ao projeto social e econômico do governo federal e a sustentabilidade do SUS e defendeu o fortalecimento do exercício da cidadania e imediata regulamentação da recém aprovada Emenda Constitucional (EC) n° 29 com a definição de recursos para a área da saúde (BRASIL, 2001b).

Declara em seu relatório final, os avanços pertinentes ao SUS e quanto ao controle social, porém detalha alguns impedimentos em relação a adequada participação dos conselhos na gestão do SUS como: a falta de estrutura, capacitação e assessoria para os conselhos assumirem suas atribuições, e baixa autonomia frente à gestão. Percebe-se que estes temas são recorrentes neste fórum de discussão denunciando a falta de responsabilidade e compromisso com a gestão democrática e respeito às instâncias de controle social, existência de conselhos cartoriais atrelados à gestão, ausência de cultura de controle social e transparência na gestão de recursos públicos (BRASIL, 2001b).

As propostas apresentadas nesta Conferência já se constituíram em encaminhamentos mais abrangentes para o enfrentamento das questões do controle social no SUS e ampliam-se as questões para além dos itens básicos quanto à instalação, estruturação, organização e funcionamento dos conselhos de saúde. Dentre as proposições estão:

- ✓ aperfeiçoamento da legislação regulamentadora do controle social com propostas de reformular a Resolução n° 33/92;
- ✓ capacitação dos conselheiros, com envolvimento dos gestores e instituições formadores em programas de educação permanente integrado às atividades desenvolvidas pelos próprios conselhos;
- ✓ avaliação periódica do funcionamento dos conselhos municipais *in loco* pelos conselhos estaduais sob coordenação do CNS e apoio do Ministério Público;
- ✓ produção e divulgação de informações sobre controle social, direito dos usuários através de amplo trabalho de comunicação social;
- ✓ instalação em cada conselho e serviço de saúde de computador com internet, permitindo a constituição de rede acessível à população.

É importante ressaltar a deflagração a partir de 2002 em todo país, do movimento de capacitação e a edição das Diretrizes Nacionais para Capacitação de Conselheiros de Saúde (BRASIL, 2002a).

Contextualizado este momento, após ampla discussão e por deliberação na X Plenária Nacional dos Conselhos de Saúde e seus fóruns regionais e estaduais e em conferências da saúde publica-se a Resolução n ° 333 do CNS, de 4 de novembro de 2003 (BRASIL, 2003), que redefine as diretrizes para criação, reformulação, estruturação e funcionamento dos conselhos de saúde.

Nesta nova redação, destaca-se o enfoque dado à ampliação dos conselhos de saúde para outros espaços, ou seja, conselhos regionais, distritais ou locais de saúde sob a coordenação dos conselhos; o número de conselheiros definidos em lei, a paridade dos usuários (50 %) em relação aos demais segmentos, 25 % de entidades de trabalhadores de saúde e 25 % de representantes do governo e prestadores privados conveniados ou sem fins lucrativos, sendo o presidente eleito entre os seus membros; além da garantia da autonomia para funcionamento com dotação orçamentária, secretaria executiva e estrutura administrativa.

A 12^a Conferência, denominada Conferência Sérgio Arouca, foi antecipada por decisão do Plenário do CNS, ocorrendo em 2003 no início de nova gestão federal, tendo como tema “Saúde: um direito de todos e um dever do Estado - A saúde que temos o SUS que queremos” (BRASIL, 2004b).

As propostas do eixo Controle Social e Gestão Participativa ainda abarcaram questões de infra-estrutura física, administrativa e financeira dos conselhos de saúde e de forma sintética apontaram:

- ✓ capacitação continuada de conselheiros;
- ✓ estabelecer que as CIT e CIBs não assumam competências deliberativas dos conselhos de saúde;
- ✓ fortalecer os conselhos municipais de saúde com dotação orçamentária, estimular a criação de conselhos gestores locais assegurando sua autonomia, eleições democráticas e representativas conforme Resolução do CNS n ° 333/03;
- ✓ quanto à composição e representação os conselhos devem incluir diferentes etnias e minorias, vetar conselheiros parentes de gestores e ligadas ao executivo, e entidades de empresários são prestadores e não representante usuários;
- ✓ estimular a participação do Ministério Público como parceiro e convidado;
- ✓ eleger conselheiros a cada dois anos e os mandatos não devem coincidir com eleição de gestor;

- ✓ a presidência não deve ser obrigatoriamente do gestor;
- ✓ definir as principais atribuições dos conselhos, inclusive assegurando a participação no processo de elaboração do projeto orçamentário;
- ✓ promover o acompanhamento das deliberações das conferências de saúde (BRASIL, 2004b).

Destacou-se nas discussões, a reivindicação da existência de banco de dados sobre os conselhos de saúde e com um sistema de informação que permitisse a comunicação entre os conselhos e a sociedade. O CNS adota em 2005, o Cadastro Nacional dos Conselhos de Saúde, publicizando informações sobre sua estruturação, composição, funcionamento, cujo banco de dados reúne informações dos conselhos do país (BRASIL, 2005).

A 13ª Conferência ocorreu em 2007, sob a coordenação-geral do primeiro presidente eleito do CNS, com tema “Saúde e qualidade de vida: Política de Estado e desenvolvimento” teve como um dos eixos temáticos a participação da sociedade na efetivação do direito à saúde (BRASIL, 2007c).

Dentre as propostas apontou:

- ✓ assegurar que as resoluções dos conselhos sejam homologadas pelos gestores no prazo máximo de quinze dias;
- ✓ articular os conselhos de saúde com o Ministério Público;
- ✓ implementar nos conselhos de saúde, comissões de Comunicação, Informação e Informática;
- ✓ divulgar através dos conselhos e secretarias de saúde a Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde;
- ✓ monitorar pela comissão do conselho de saúde a implementação das propostas deliberadas em conferências;
- ✓ assegurar que os gestores garantam infra-estrutura para pleno funcionamento dos conselhos;
- ✓ incentivar a criação por lei de conselhos gestores locais e distritais de saúde;
- ✓ realizar através do Ministério da Saúde e secretarias de saúde ampla divulgação do Pacto pela Saúde à população, trabalhadores e conselhos de saúde;
- ✓ garantir recurso orçamentário para implantação da Política Nacional de Educação Permanente para o Controle Social no SUS;
- ✓ adequar a Resolução n ° 333/03 pelo CNS no diz respeito à composição, eleição e representatividade de usuários e trabalhadores e inclua representação de instâncias formadoras; e que esta resolução seja transformada em lei;

- ✓ estabelecer que a escolha do presidente e mesa diretora dos conselhos por eleição ocorrerá entre os seus membros;
- ✓ alocar no segmento prestador as entidades que recebam recursos públicos;
- ✓ reorganizar e garantir o funcionamento permanente da Plenária Nacional dos Conselhos;
- ✓ implantar e implementar o programa de inclusão digital para todos os conselhos de saúde;
- ✓ regulamentar por lei federal, a concessão de dispensa de atividades laborais aos conselheiros, quando da sua participação em atividades dos conselhos;
- ✓ assegurar autonomia financeira aos conselhos de saúde, transformando-os em unidades orçamentárias e com repasse de recursos fundo a fundo.

Pode-se constatar nas legislações infraconstitucionais e normatizações em saúde que existe um contínuo e árduo processo de fortalecimento do controle social no SUS, com ênfase nos conselhos e conferências de saúde, porém, muito ainda há que ser conquistado, fato este explicitado nas diversas conferências de saúde ao longo da história que tratam de forma recorrente temas como estruturação, organização, funcionamento e autonomia dos conselhos de saúde.

Ao longo destes anos, o controle social através dos conselhos de saúde tem sido importante para os avanços do SUS, porém, para que possam exercer suas atribuições de forma plena e efetiva torna-se necessária a superação de grandes desafios, muitos deles apontados em conferências de saúde, buscando a valorização e reconhecimento de sua responsabilidade e seu papel na consolidação do SUS pelo próprio conselho, pela sociedade e também pelos gestores de saúde.

3 CAMINHO METODOLÓGICO

O estudo caracteriza-se pela sua natureza descritiva, com abordagem qualitativa, opção adotada pelas questões que se deseja tratar permitindo mergulhar neste universo da participação social em uma região do DRS III Araraquara.

O método qualitativo de pesquisa traz uma aproximação das visões mais compreensivas no processo de análise. Tal método se aplica nos estudos de cunho social como “o estudo da história, das relações, das representações, das crenças, das percepções e das opiniões” baseados nas interpretações das pessoas no contexto de suas vidas (MINAYO, 2007, p. 57).

Definir pesquisa qualitativa por sua abrangência de possibilidades torna-se tarefa muito difícil, portanto mais apropriado seria caracterizá-las, em seus aspectos mais relevantes:

- ✓ Desenvolve-se em ambiente natural e tendo o pesquisador como instrumento-chave;
- ✓ É de natureza descritiva;
- ✓ A maior preocupação está no processo e não somente nos resultados/produtos;
- ✓ A tendência da análise de dados de forma indutiva;
- ✓ O significado é o primordial na análise qualitativa (TRIVIÑOS, 1987, p. 120).

Após autorização do desenvolvimento da pesquisa por todos os conselhos de saúde envolvidos, para a realização de entrevistas com os conselheiros, o projeto foi submetido ao Comitê de Ética de Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de São Carlos, tendo sua aprovação em 06/06/2008 através do Parecer n^o 237/2008. Além disso, também, obteve-se a autorização junto ao Departamento Regional de Saúde de Araraquara para proceder a pesquisa documental.

3.1 Cenário da pesquisa: Apresentação da Região de Saúde

O Departamento Regional de Saúde – DRS III de Araraquara localiza-se na porção central do Estado de São Paulo e é composto por 24 municípios, organizados a partir das discussões do Pacto pela Saúde em quatro regiões de saúde (Região Central, Região Centro-Oeste, Região Coração e Região Norte). O estudo desenvolveu-se em uma dessas regiões do DRS III.

A Região de Saúde Coração, *lócus* da pesquisa, conta com seis municípios (Descalvado, Dourado, Ibaté, Ribeirão Bonito, Porto Ferreira e São Carlos) perfazendo uma população de 353.122 habitantes (IBGE 2009) e com portes populacionais municipais variando de 9.131 habitantes a 220.463 habitantes (1 município com menos de 10.000 habitantes, 1 município entre 10.000 e 20.000, 2 municípios entre 20.000 e 50.000 habitantes, 1 município entre 50.000 e

100.000 habitantes e 1 município entre 100.000 e 500.000 habitantes), contando com 39 % da população do DRS III Araraquara.

Para caracterizar o perfil sócio-econômico dos municípios utilizou-se o Índice Paulista de Responsabilidade Social (IPRS), indicador construído pela Fundação SEADE. O índice nos municípios da região variou de 1 a 5, sendo 1 município com índice 1 (bons indicadores de riqueza, longevidade e escolaridade), 2 municípios com índice 2 (bem posicionado na dimensão riqueza, mas com deficiência em um dos outros indicadores), 1 município com índice 3 (baixos níveis de riqueza e bons indicadores de longevidade e escolaridade), 1 município com índice 4 (baixos níveis de riqueza e com deficiência em um dos indicadores sociais: longevidade ou escolaridade) e 1 município com índice 5 (baixos níveis de riqueza e indicadores de longevidade e escolaridade insatisfatórios)

O percentual de população coberta por planos privados de saúde (IBGE 2006) varia de 7,5 a 37,7 %. No ano de 2006, esta região contava com 50 unidades básicas de saúde (36,5 % do DRS III), 6 hospitais filantrópicos com um total de 188 leitos hospitalares conveniados (22,2 % do DRS III) e 26,4% da população coberta pela Estratégia Saúde da Família (ESF). O percentual de receita própria aplicada em saúde dos municípios variou de 16,55 % a 24,09 % (SÃO PAULO (Estado), 2007).

3.2 Desenvolvimento da pesquisa

3.2.1 Fundamentação teórica do estudo

O levantamento bibliográfico realizado nesta pesquisa permitiu uma aproximação com os referenciais teóricos sobre o tema, que ocorreu de forma contínua, ao longo de todo o processo da pesquisa. Este abarcou a busca dos aparatos legais federal e estadual sobre participação da comunidade e controle social no SUS, além das normas operacionais editadas que regem o SUS, textos produzidos a partir das conferências nacionais de saúde e publicações referentes ao tema em livros e periódicos científicos nas bases bibliográficas (LILACS, SciELO) com os descritores em ciências de saúde: participação comunitária, políticas de controle social e conselhos de saúde.

3.2.2 Coleta de dados

A fase de coleta de dados consistiu de duas etapas.

1ª etapa: realização de pesquisa documental no Departamento Regional de Saúde III de Araraquara e bases de dados do Conselho Nacional de Saúde dos seis municípios da área de abrangência da Região de Saúde Coração, com os enfoques:

- ✓ Identificação das bases legais dos conselhos municipais de saúde e para a seleção das variáveis à luz da Resolução n ° 333 (BRASIL, 2003) considerando os seguintes eixos: definição dos conselhos de saúde, criação ou reformulação, organização e estrutura/funcionamento;
- ✓ Localização de informações destes conselhos de saúde no Cadastro Nacional dos Conselhos de Saúde, visando identificar os dados disponíveis e também consulta aos portais eletrônicos municipais para complementar as legislações acerca do conselho de saúde;
- ✓ Identificação nos termos de compromissos de gestão municipais as propostas relacionadas ao eixo Participação e Controle Social, previsto no Pacto pela Saúde - 2007.

Para realização da pesquisa documental, obteve-se a autorização da Diretoria Técnica do DRS III Araraquara sendo que se procedeu a coleta destes documentos até novembro de 2008.

A pesquisa documental é a que utiliza documentos que se constituem em fontes de informação, que ainda não sofreram tratamento analítico, organização e publicação. Enfatiza que neste tipo de pesquisa há necessidade de analisar os documentos quanto à autenticidade e validade de seu conteúdo (LEOPARDI, 2002).

Para MINAYO (2007), a pesquisa documental exige definição de quais documentos serão submetidos a esta forma de análise.

Para esta etapa da pesquisa, considerando a natureza das informações necessárias, elencamos alguns documentos analisados da Região de Saúde e dos municípios envolvidos: leis de criação ou reformulação dos conselhos municipais de saúde, regimentos internos e portarias ou decretos de nomeação dos conselheiros, lei orgânica de saúde dos municípios e documentos relativos ao Pacto pela Saúde (Diagnóstico Regional de Saúde e Termo de Compromisso de Gestão Municipal). Os dados coletados foram compilados e organizados para análise utilizando-se um programa de planilha eletrônica (Microsoft Office Excel).

No apêndice deste trabalho está apresentada toda a legislação municipal consultada sobre os conselhos de saúde para conclusão da etapa da pesquisa.

2ª etapa: Para esta fase da pesquisa, foram selecionados os sujeitos (conselheiros de saúde) representantes dos quatro segmentos que compõem os conselhos de saúde, ou seja, usuários, trabalhadores de saúde, prestadores de serviços de saúde e gestores da saúde e procedeu-se a realização de entrevistas semi-estruturadas. Para a entrevista semi-estruturada, utilizou-se de um instrumento contendo caracterização perfil do conselheiro de saúde e sua inserção no conselho, além de questões norteadoras abrangendo sua percepção sobre controle social no SUS, aspectos

referentes à estruturação, organização e funcionamento do conselho de saúde; identificação e participação em outros espaços de controle social e conferências de saúde; inserção em processos de discussão e construção do plano de saúde e Pacto pela Saúde, fiscalização dos recursos financeiros, impacto das deliberações dos conselhos de saúde na mudança do modelo de atenção à saúde, além das perspectivas do controle social local.

A definição amostral foi intencional considerando a necessidade de colher informações de diversos segmentos que compõem os conselhos de saúde, ou seja, representantes dos segmentos: usuários, trabalhadores de saúde, prestadores de serviços de saúde e gestão municipal, e também do presidente do conselho de saúde.

A amostragem “proposital, intencional ou deliberada” é característica da pesquisa qualitativa assim como a amostragem randômica está para o estudo quantitativo, cujo critério está na representatividade da população em geral (TURATO, 2003, p. 357).

Dessa forma, procedeu-se à definição de alguns critérios de elegibilidade para escolha dos entrevistados que pudessem indicar sujeitos com alguma vivência em conselho de saúde e que tivessem alguma variação quanto aos diversos segmentos de representação e municípios.

- ✓ Usuários e trabalhadores de saúde: ser conselheiro titular há pelo menos um ano;
- ✓ Prestador de serviço de Saúde: ser conselheiro titular a pelo menos um ano e representar o maior prestador de serviço;
- ✓ Gestão municipal: ser conselheiro titular a pelo menos um ano e ser representante da gestão municipal;
- ✓ Presidente do conselho de saúde: ser o atual presidente do conselho de saúde.

O critério de tempo mínimo atuando como conselheiro baseou-se no fato destes possivelmente terem experimentado mais situações no cotidiano deste exercício. Considerou também que alguns conselhos têm mandato de dois anos para seus membros e nem todos tem reuniões mensais. Além disso, definiu-se que fossem dos diversos segmentos de representação e de todos os municípios participantes da pesquisa.

Para agendamento das entrevistas optou-se por desencadear o processo de planejamento agrupando os municípios em três blocos, considerando a proximidade espacial e rodovias de acesso dos municípios, sendo, o primeiro grupo Descalvado e Porto Ferreira; o segundo grupo Dourado, Ibaté e Ribeirão Bonito. Ao final optou-se pelas entrevistas dos conselheiros do município de São Carlos.

A participação na pesquisa foi voluntária, e propôs-se que fossem escolhidos preferencialmente em reunião do conselho de saúde e pelo segmento de representação.

Efetuaram-se contatos iniciais com os secretários municipais de saúde que em sua maioria são presidentes dos conselhos de saúde. No único município em que o presidente não é o secretário de saúde, efetuou-se contato direto com o conselho de saúde. Em todos os casos, solicitou-se a discussão nos conselhos, respeitando seu calendário de reuniões. Também emitimos várias correspondências através de correio eletrônico aos presidentes dos conselhos no sentido de subsidiar a discussão para autorização da pesquisa e a definição dos entrevistados.

Várias estratégias foram adotadas para conseguir a seleção de conselheiros para entrevistas, com destaque para a escolha entre seus pares. Por solicitação dos presidentes dos conselhos, a pesquisadora participou de algumas reuniões de conselhos cuja pesquisa estaria em pauta: Porto Ferreira (22/07/2008) e Ibaté (19/08/2008). Nos municípios de Descalvado e São Carlos, não houve esta solicitação e os municípios de Dourado e Ribeirão Bonito não realizaram reuniões no período. Nestes locais, o processo de escolha deu-se através de contato entre a pesquisadora e o presidente do conselho para a autorização da pesquisa. Para a definição dos entrevistados, a pesquisadora fez contato direto com alguns conselheiros solicitando que discutissem entre seus pares e indicassem os sujeitos que participariam da pesquisa.

Após a definição dos entrevistados, o contato para o agendamento da data e local da entrevista passou a ser realizado pela própria pesquisadora.

Inicialmente programou-se a coleta de dados para até o final de setembro de 2008, ou seja, período anterior à eleição municipal, justificado pela preocupação com uma possível desmotivação ou alteração na dinâmica do conselho de saúde.

As entrevistas foram realizadas no período de 22 de agosto a 09 de outubro de 2008 e, considerando a proposta inicial, somente duas entrevistas foram realizadas após as eleições: os entrevistados TS6 e U4.

Preliminarmente, respeitando-se as situações específicas impostas pelas agendas dos envolvidos, foram entrevistados os representantes dos segmentos (usuários, trabalhadores de saúde e prestadores de serviço de saúde) e, na sequência, entrevistaram-se o representante da gestão de saúde municipal e o presidente do conselho. Optou-se por proceder estas entrevistas na etapa final, pois consideramos que o eventual conhecimento do roteiro por estes conselheiros poderia, de alguma forma, interferir nas entrevistas dos demais conselheiros.

As entrevistas foram realizadas nos próprios municípios em datas e locais acordados com os entrevistados.

Para a identificação das entrevistas, convencionou-se adoção da letra inicial do segmento de representação acrescido do número do município por ordem alfabética:

- ✓ - segmentos de representação: usuário (U), trabalhador de saúde (TS), prestador de serviço (PS), gestão de saúde (G) e presidente do conselho de saúde (PC);
- ✓ - municípios: Descalvado (1), Dourado (2), Ibaté (3), Porto Ferreira (4), Ribeirão Bonito (5), e São Carlos (6).

QUADRO 1 – Identificação das entrevistas dos conselheiros de saúde.

Municípios	Identificação das entrevistas
1	U1, TS1, PS1 e G1/PC1
2	U2, TS2, PS2, G2 e PC2
3	U3, TS3, G3, e G3/PC3
4	U4, TS, PS4 e G4/PC4
5	U5, TS5, PC5 e G5/PC5
6	U6, TS6, PS6, G6 e G6/PC6

Realizaram-se vinte e seis entrevistas perfazendo 26 horas e 35 minutos de gravação digital que foram transcritas por duas profissionais, as quais foram posteriormente revistas pela pesquisadora.

3.2.3 Análise dos dados

A organização e análise dos dados da 1ª etapa consistiram em identificar, neste contexto histórico no *lócus* municipal e regional, cronologicamente como se deram os avanços no processo de implantação dos conselhos municipais de saúde e perspectivas do controle social no Pacto pela Saúde.

Nesta fase do estudo, a análise documental abordou a participação social, através da configuração dos conselhos municipais de saúde da região estudada e suas transformações ao longo destes anos. Esta não pretendeu trazer uma abordagem jurídica sobre as legislações dos conselhos e sim buscar nestas, questões sobre a criação, estruturação, organização e funcionamento, pautadas nos princípios da Reforma Sanitária. A abordagem adotada teve como fundamentos os dispositivos da Resolução n° 333/03 (BRASIL, 2003).

Após a organização dos dados e leitura do material foram identificadas quatorze categorias para análise a partir da legislação dos conselhos de saúde municipais. Optou-se por

codificar os municípios de 1 a 6, conferindo-lhes números correspondentes à ordem alfabética de seus nomes.

Ainda como parte da pesquisa documental, buscou-se nos Termos de Compromisso de Gestão Municipais dos locais que participaram da pesquisa, as responsabilidades previstas no eixo participação e controle social do Pacto de Gestão. Neste documento identificaram-se, as iniciativas de fortalecimento dos conselhos de saúde e conferências de saúde, além de outras possibilidades que ajudem a consolidação desta participação (BRASIL, 2006a).

Os dados da 2ª etapa da pesquisa foram tratados segundo análise de conteúdo utilizando a técnica de análise categorial (BARDIN, 2008).

Na análise de conteúdo, propõe-se que o pesquisador ultrapasse a fase meramente descritiva e avance para processo de realização de inferências. Neste processo analítico atinge-se a etapa de categorização e subcategorização como fruto da identificação de temas por relevância e ou repetição (TURATO, 2003).

As categorias teóricas são identificadas pelo pesquisador ao debruçarem-se nos conteúdos teóricos e as categorias empíricas, como aquelas resultantes das coletas de dados em entrevistas e questões formuladas (OLIVEIRA, 2007).

De forma processual, a análise de conteúdo consistirá inicialmente na organização da análise em três pólos cronológicos: pré-análise (escolha dos documentos a serem analisados e retomada dos objetivos propostos), exploração do material e tratamento dos resultados (classificação e identificação de categorias a serem exploradas), a inferência e a interpretação (BARDIN, 2008).

A técnica de análise categorial funciona por operações de desmembramento do texto em unidades, em categorias segundo reagrupamentos analógicos. Especificamente a análise temática é considerada rápida e eficaz quando se usa entrevistas com discursos diretos e simples (BARDIN, 2008).

4 APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS DADOS

4.1 As configurações dos Conselhos Municipais de Saúde da Região de Saúde Coração do DRS III – Araraquara – SP.

Os conselhos de saúde da região estudada foram analisados a partir de seus aparatos legais e nesta análise identificaram-se como estas instâncias estão estruturadas e organizadas e ainda como funcionam. Nesta etapa a discussão constituiu-se a partir das categorias de análise: criação dos conselhos de saúde, as modificações na legislação dos conselhos, o controle social na lei orgânica municipal, regimento interno como definidor das “regras do jogo”, definição dos conselhos de saúde e seu caráter deliberativo, composição e representatividade dos conselhos de saúde, número de conselheiros por segmento e paridade, forma de escolha dos membros e presidente do conselho de saúde, mandato dos conselheiros de saúde, estrutura administrativa e financeira dos conselhos de saúde, existência de comissões, reuniões do plenário dos conselhos de saúde, participação da população e direito à voz nas reuniões, e quorum e decisões dos conselhos.

Criação dos Conselhos de Saúde

Os CMS foram instituídos entre março e abril de 1991, fruto de leis específicas nos municípios 1, 2, 4 e 5 e de Decreto Executivo no município 3. No município 6, a criação do conselho foi através da Lei do Fundo de Saúde e de Decreto especificando sua organização e atribuições.

Estes dados estão compatíveis com os do Estado de São Paulo e do Brasil que são, respectivamente, 87,7 % e 86,2 % dos CMS criados por meio de Leis (BRASIL, 2008), de acordo com a Resolução do CNS n° 333 (BRASIL, 2003).

“Segunda Diretriz: A criação dos Conselhos de Saúde é estabelecida por lei municipal, estadual ou federal, com base na Lei n° 8.142/90”.

As políticas indutoras nacionais foram determinantes para a criação dessas instâncias de controle social em 1991, pois condicionavam sua existência para o recebimento das transferências financeiras do governo federal (CARVALHO; SANTOS, 2007; LIMA, 2007; LABRA; ST AUBYN, 2002).

O panorama dos conselhos de saúde no Brasil aponta que 82 % dos CES, 73 % dos CMS em Capitais e 92 % do conjunto dos CMS foram criados a partir de 1991 (CARVALHO, 1995), demonstrando indubitavelmente o peso desta determinação legal nesse processo

(CARVALHO; SANTOS, 2007). Outro estudo aponta que 21 dos CES foram criados entre 1991 e 1995 (ESCOREL; DELGADO, 2008).

O condicionamento do repasse financeiro aos municípios à criação dos conselhos de saúde mostrou-se uma potente estratégia para esta fase inicial de constituição formal da participação social no SUS.

Muitos “Conselhos de Saúde estão criados por lei, eventualmente, encontramos um conselho formado por decreto” e em todo país os gestores públicos utilizaram-se da Resolução n^o 33/92 do CNS para nortear sua organização e seu funcionamento (BALSEMÃO, 2003).

Pode-se inferir então que, em várias localidades, o surgimento dos conselhos não foi espontâneo ou voluntário e que, portanto, não refletiam as intenções políticas dos então governantes locais. Apesar da indução legal das constituições destas instâncias de controle social, isto se deu em um momento social e politicamente denso. “A criação dos conselhos de saúde revela um processo complexo que está longe de se reduzir ao cumprimento automático da lei”. Neste contexto, os movimentos e organizações dos grupos de interesses propunham o “máximo da regulamentação e fidelidade” aos preceitos da reforma sanitária (CARVALHO, 1995, p. 70).

Contudo, constata-se também que o papel das normas operacionais editadas pela esfera federal no SUS nesses anos gerou nos estados e municípios “um efeito paralisante... que passaram a ter um papel *passivo* de cumpridor de normas infralegais” (SANTOS; ANDRADE, 2007, p.140).

Pode-se trazer para discussão, ainda, que a instalação destas instâncias colegiadas em sua fase inicial, apresentava dispositivos muito incipientes quanto à participação da sociedade, podendo refletir o grau de maturidade política da sociedade em geral. Ao longo do tempo, como se pode observar no tópico a seguir foram geradas conquistas inegáveis no processo de garantia da participação social no SUS.

A forma participativa introduzidas nas esferas municipais e estaduais tem variado dependendo da cultura político-partidária preponderante, conseqüentemente refletindo no grau de entrosamento entre a sociedade civil e as instituições de decisão, com desconcentração ou não o poder local (LUZ, 2001).

Estudos baseados nas experiências dos municípios de Joinvile (LIMA, 2007) e São Paulo (CALDERÓN, 2000) discutiram a ocorrência da mobilização da sociedade civil neste processo de instalação dos conselhos. No primeiro caso, agregados à informação, avançaram na criação e organização do conselho municipal e, no segundo caso, conseguiram a inclusão de inúmeros dispositivos de participação da sociedade civil na lei orgânica do município.

As modificações na legislação dos conselhos

A XI Conferência Nacional de Saúde em 2000 deliberou pela reformulação da Resolução n.º 33/92 (BRASIL, 1992), e após debates nacionais, houve sua reedição em 2003 através da Resolução n.º 333, apontando inúmeras inovações nestas instâncias de controle social (BALSEMÃO, 2003).

O processo de revisão das legislações existentes que regulam os conselhos de saúde não ocorreu de forma uniforme na região estudada e as respectivas mudanças estão apresentadas no Quadro 2.

Pode-se observar que os municípios 1 e 5 não apresentaram qualquer tipo de revisão até o momento atual. Na primeira década de existência dos conselhos, somente o município 4 teve alguma alteração em seus dispositivos legais quanto ao número de participantes por representação. Porém, destacam-se alterações significativas nos instrumentos legais dos municípios 2, 3, e 6 a partir de 2001, com várias inovações que poderiam propiciar o fortalecimento no exercício do controle social no SUS.

QUADRO 2 - Legislações dos Conselhos Municipais de Saúde da Região de Saúde Coração do DRS III, Araraquara – SP, 1991 a 2008.

Município	Ano de Criação	Alteração da Legislação	O que alterou?
1	1991	Não	–
2	1991	05/04/2001	<ul style="list-style-type: none">• Inovações como eleição do presidente, término do mandato não coincidente com executivo, garantia de estrutura administrativa, existência de comissões etc.
3	1991	21/05/2002 09/03/2005	<ul style="list-style-type: none">• Sessões plenárias passam a instalar-se com a presença de 1/3 de seus membros, que deliberarão pela maioria;• Criação do CMS através de Lei com algumas inovações: eleição presidente, garantia de estrutura administrativa e financeira, existência de comissões etc.
4	1991	09/07/1991 12/04/2005.	<ul style="list-style-type: none">• Números de participantes das representações do CMS;• Outras alterações, porém sem inovações significativas.
5	1991	Não	–
6	1991	25/07/2003	<ul style="list-style-type: none">• Inovações como eleição do presidente, término do mandato não coincidente com executivo, garantia de estrutura administrativa e financeira, existência de comissões etc.

Fonte: Leis e Decretos Municipais.

Constata-se que algumas alterações detalhadas acima, se adequadamente implementadas, podem proporcionar ampliação da participação social, porém, percebe-se que estas não ocorreram de forma uniforme ao longo do tempo e nem em todos os municípios.

Ressalta-se também que algumas alterações das legislações na região se deram após a edição da Resolução n ° 333 homologada em dezembro de 2003, sendo que nos municípios 2 e 6, estas estavam compatíveis com as propostas de aprimoramento destas instâncias no SUS. Para elucidação destes determinantes sugerem-se estudos complementares sobre o tema, pois, também houve coincidência temporal com a instalação de alguns governos com direcionamento político progressista.

Pode-se perceber que estas alterações estão compatíveis a formas de governo com alinhamento mais a esquerda, como ocorre nos municípios 3 (em 2005) e 6 (em 2003), porém a instalação deste governos mais progressistas não é garantia da participação democrática, como foi o caso no município 4 em que não houve modificações significativas no CMS.

Estes resultados estão congruentes com a conclusão do estudo que faz uma correlação positiva com os governos mais democráticos e o fortalecimento dos conselhos municipais de saúde, no entanto, conclui que isto não se dá de uma forma linear e sem contradições e tensões (GAZETA, 2005).

O controle social na lei orgânica municipal

Os municípios estudados tiveram suas leis orgânicas locais estabelecidas entre os dias 3 a 5 de abril de 1990. Com a promulgação da Constituição Federal estabeleceu-se os prazos legais para aos estados e municípios, ajustarem suas legislações correspondentes (CALDERÓN, 2000, p. 29).

“Art. 11. Cada Assembléia Legislativa, com poderes constituintes, elaborará a Constituição do Estado, no prazo de um ano, contado da promulgação da Constituição Federal, obedecidos aos princípios desta.

Parágrafo único. Promulgada a Constituição do Estado, caberá à Câmara Municipal, no prazo de seis meses, votar a Lei Orgânica respectiva, em dois turnos de discussão e votação, respeitado o disposto na Constituição Federal e na Constituição Estadual” (BRASIL, 1988).

Com a Constituição do Estado de São Paulo promulgada em 05 de outubro de 1989 os municípios deveriam no prazo de até seis meses elaborar suas correspondentes leis orgânicas.

Na análise destes dispositivos legais, os municípios 1, 2, 3 e 6 trataram de temas referentes dos conselhos de saúde e apresentaram textos similares entre eles atribuindo a estas

instâncias a função de elaboração e controle de políticas públicas de saúde, bem como a formulação, fiscalização e acompanhamento do SUS. Somente o município 6 destacou aspectos econômicos e financeiros na função do conselho, adotando na íntegra o determinado na Lei n 8.142/90.

“Art. 1º § 2º - O Conselho de Saúde... atua na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde na instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros...” (BRASIL, 2001a).

Outro aspecto de relevância que se destaca no estudo é a abordagem apresentada na lei orgânica do município 5, em relação ao conselho e a conferência de saúde que textualmente cita:

*“Artigo 243º -... § 1º Fica criado o Conselho Municipal de Saúde de que trata o inciso III, deste artigo, de **caráter consultivo (negrito nosso)**, cujo objetivo é formular e controlar a execução da política municipal de saúde... § 2º Quando o Conselho Municipal de Saúde se reunir anualmente, assumirá caráter de Conferência Municipal de Saúde, com função deliberativa, conforme disposto no inciso III, deste artigo”.*

Destaca-se ainda, no texto legal acima apresentado, que cita o CMS com caráter consultivo, conflitando com o objetivo estabelecido de “formular e controlar a execução da política municipal de saúde”. Outro aspecto que causa estranheza é que o CMS “anualmente, assumirá caráter de Conferência Municipal de Saúde, com função deliberativa”. Ressalta-se que o caráter consultivo conferido ao CMS está em desacordo com Lei nº 8.142/90. Também discutível é o CMS assumir anualmente caráter de conferência de saúde, visto que, são instâncias distintas, com competências específicas, fora o caráter agregador e de ampliação da participação popular quando promove maior mobilização e número de envolvidos.

As leis orgânicas dos municípios 3 e 6 incluem em seu texto a conferência de saúde enquanto instância de controle social, sendo que o município 3 aborda ainda que, “a toda unidade de serviço corresponderá um conselho gestor, formados por usuários, trabalhadores e representantes governamentais”.

A partir destas informações pode-se constatar na região formas dispares de leis orgânicas, algumas dessas em conflito com as próprias leis de criação dos conselhos, merecendo uma análise por parte de legisladores, poder executivo e conselhos de saúde.

Regimento interno como definidor das “regras do jogo”

As legislações municipais dos conselhos definem que o funcionamento destas instâncias será regido por regimentos internos, aprovados pelos próprios conselheiros.

No regimento interno dos CMS deverá estar definido:

“a organização, estrutura e funcionamento do colegiado, com destaque para alguns temas como: periodicidade, das reuniões, quorum mínimo para deliberações, eleições do Núcleo de Coordenação ou Mesa Diretora do Conselho, tempo de mandato, Comissões Permanentes, Comissões Especiais, entre outros” (BALSEMÃO, 2003, p.5).

Este instrumento, além de outras funções, estabelece de forma clara as “regras do jogo”, normatiza os procedimentos dos conselhos, inclusive orientando as ações dos conselheiros no processo decisório (ESCOREL; DELGADO, 2008).

Constatou-se que a maioria dos CMS estudados tem suas normas definidas por regimentos internos, porém este dispositivo inexistente nos municípios 4 e 5, fato este que além de contrariar a Resolução nº 333, compromete a efetividade do controle social, demonstrando que tal aspecto é negligenciado pelos próprios conselhos, já que deveria ser constituído e aprovado por esta instância.

“Artigo 1º § 5º - As Conferências de Saúde e os Conselhos de Saúde terão sua organização e normas de funcionamento definidas em regimento próprio aprovados pelo respectivo Conselho”(BRASIL, 2001).

Outro aspecto a ser relatado é que nos municípios 1, 2, 3 e 6 o regimento Interno foi aprovado pelos conselheiros de saúde em reunião do conselho, sendo que em dois deles (municípios 3 e 6) os regimentos transformaram-se em decretos municipais, o que representa a homologação do dispositivo pelo poder executivo.

Considerando que o regimento interno constitui numa peça chave na sistematização do processo de negociação entre as forças presentes nesta arena política, discutiremos na etapa subsequente como os conselheiros reconhecem esta ferramenta nos conselhos de saúde.

Definição dos conselhos de saúde e seu caráter deliberativo

A definição dos CMS na Região de Saúde apresenta-se de várias formas nos aparatos legais, assim como suas características básicas, conforme apresentado no Quadro 3.

A exceção do município 5, que apresenta o conselho de saúde como consultivo e também não define sua inserção no contexto do SUS, e do município 4 que não explicita seu caráter deliberativo (o faz somente no regimento interno), os demais estão em consonância com a Lei nº 8.142/90 (BRASIL, 2001a) que, o determina, como um órgão colegiado com caráter permanente e deliberativo. Na Resolução nº 333 de forma complementar, o conselho é reconhecido como

“integrante da estrutura básica do Ministério da Saúde, da Secretaria de Saúde dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios” (BRASIL, 2003).

QUADRO 3 - Definição e características dos Conselhos Municipais de Saúde da Região de Saúde Coração do DRS III, Araraquara - SP.

Município	Definição do conselho	Características
1	Órgão integrante da estrutura básica da Secretaria ou Departamento Municipal de Saúde.	Não explicitado, porém cita que as decisões serão consubstanciadas através de ofícios.
2	Órgão colegiado superior, responsável pelo SUS no município.	Caráter deliberativo, normativo, fiscalizador e consultivo.
3	Órgão permanente, deliberativo e normativo do SUS no âmbito municipal.	Caráter deliberativo e normativo.
4	Órgão integrante da estrutura básica da Secretaria ou Departamento Municipal de Saúde.	Não explicitado, porém cita que as decisões serão consubstanciadas através de ofícios.
5	Não define.	Não explicitado, porém cita que as decisões serão consubstanciadas através de ofícios. A Lei Orgânica Municipal lhe confere caráter consultivo.
6	Instância colegiada deliberativa e de natureza permanente, vinculado à Secretaria Municipal de Saúde.	Caráter deliberativo.

Fonte: Leis e Decretos Municipais.

Os conselhos de saúde não são o “outro” em relação ao Estado e sim os espaços onde o “outro”, ou seja, a sociedade discute dentro do aparelho estatal. Para CARVALHO (1997, p. 104) “esses órgãos não decidem quais políticas e ações serão executadas, mas decidem se correspondem ou não ao interesse público”.

Constata-se que em alguns municípios da região estudada, os governos locais e os próprios conselhos não se reconhecem como uma instância legítima de participação social nas decisões sobre a política de saúde, fato este que demonstra necessidade de revisões.

Composição e representatividade dos conselhos de saúde

De acordo com a Resolução n ° 333 os conselhos de saúde são compostos pelos seguintes segmentos: usuários, trabalhadores de saúde, governo e prestadores de serviços de saúde.

As representações presentes nas leis e decretos municipais dos CMS foram agrupadas adotando-se as categorias conforme Resolução do CNS e detalhadas em subcategorias baseadas no estudo de (CARVALHO, 1995) e estão apresentadas no Quadro 4.

QUADRO 4 - Composição dos Conselhos Municipais de Saúde da Região de Saúde Coração do DRS III, Araraquara – SP, 2008.

Categorias	Subcategorias	Municípios
Governo	Secretaria Municipal de Saúde	1, 2, 3, 4, 5, 6
	Secretaria Estadual de Saúde	1, 4, 5, 6
	Outras Secretarias Municipais	4, 5, 6
Prestadores de Serviços de Saúde	Serviços conveniados ou não do SUS	1
	Serviços Públicos, Filantrópicos e Privados do SUS	2, 5 e 6
	Medicina de Grupo	4
Trabalhadores de Saúde	Entidades de Profissionais não discriminados	1 e 2
	Trabalhadores de Saúde de atividade meio e fim da saúde	3
	Entidades Médicas	6
	Entidades de Cirurgiões Dentistas	4, 6
	Entidades de Enfermagem	6
	Serviço Público de Saúde Municipal	4
Usuários	Entidades de trabalhadores	2, 4,
	Movimentos comunitários e sociais	2, 3, 4, 6
	Entidades Patronais ou entidades Privadas	2, 3
	Portadores de Agravos	2, 3, 4, 6
	Idosos, aposentados etc.	2, 3, 4
	Conselhos comunitários das unidades de saúde	2
	Usuário sem discriminação da entidade	5
Usuários de Região de Saúde	6	

Fonte: Leis e Decretos Municipais.

Na categoria governo, verifica-se que a esfera estadual de saúde não tem representação na legislação em 33,3 % dos CMS. Estas instâncias vêm reduzindo a participação estadual gradativamente, visto que, tais representações existiam em todas as leis municipais em suas primeiras edições com 10 vagas (uma a duas por conselho), tendo atualmente metade dessas vagas. Pode-se inferir que neste processo, os municípios têm adquirido uma atitude mais autônoma e independente em relação à esfera estadual de governo. De forma correlata, constata-se no CES de São Paulo, que a representação do Ministério da Saúde participa do plenário, na qualidade de convidado permanente.

Outro fato relevante, ainda na categoria governo, é que em alguns conselhos outras áreas estão representadas, a exemplo da Promoção Social (município 4), Educação e Cultura (município 6), Cidadania e Ação Social (município 6) e uma secretaria sem discriminação (município 5) refletindo a valorização conferida a intersectorialidade nas questões da saúde.

Isto parece ir ao encontro dos movimentos presentes no CNS que tem articulações com outros setores sociais através de comissões intersectoriais, conforme previsto na Lei 8.080/90. Está garantida, dessa forma, a participação nos conselhos de representantes de outras áreas sociais

demonstrando o compromisso de articulação intersetorial “intrínseco a visão de processo saúde-doença embutida no SUS” (CARVALHO, 1995).

A participação do poder legislativo (município 4) estava presente na primeira edição da lei de criação de um dos conselhos estudados, fato que foi alterado na revisão da legislação municipal, adequando-se a afirmação de que “a participação do Poder Legislativo e Judiciário não cabe nestes espaços, em face da independência entre os Poderes” (BRASIL, 2003). Este princípio está fundamentado na autonomia de poderes garantida através da Constituição Federal, em seu artigo 2º (SACARDO; CASTRO, 2002).

Os prestadores de serviços de saúde estão representados nos CMS, exceto no município 3. A Resolução nº 333 aponta que esse segmento deve conter prestadores de serviços privados conveniados ou sem fins lucrativos. O município 1 apresenta em sua legislação representação de prestadores de serviços conveniados ou não com o sistema de saúde e o município 4 contempla também entidades de medicina de grupo na composição do conselho.

A participação dos prestadores de serviços pode gerar inúmeras dúvidas ou polêmicas. CARVALHO (2006) defende que sejam incluídos os prestadores públicos e privados, mesmo os não conveniados com o SUS, uma vez que participam do sistema de saúde brasileiro e são regulados, fiscalizados e controlados pelo SUS.

Já os trabalhadores de saúde estão representados nos CMS, exceto no município 5, o qual omite essa participação. Este segmento agrega várias associações ou conselhos profissionais, porém dois conselhos (municípios 3 e 4) definem suas representações no segmento oriundas dos próprios serviços de saúde locais públicos e privados. Cita-se ainda neste segmento a participação de representantes de instituição formadora de recursos humanos de saúde (município 6).

Os representantes dos usuários são oriundos de diversas entidades da sociedade e também representantes de Regiões de Saúde ou Conselhos Gestores Locais. Destaca-se, ainda, que o município 5 não especifica em sua legislação qual é a entidade de representação do usuário.

De forma geral, com algumas exceções, os segmentos estão representados nos conselhos de saúde conforme Resolução do CNS, e de acordo (CARVALHO, 1995, p. 73) a composição dessas instâncias deve ser estabelecida “na lei que o institui e regulamenta”.

Número de conselheiros por segmento e paridade

A paridade dos usuários em relação aos demais componentes é considerada como um importante indicador do nível de democratização e autonomia dos conselhos de saúde (MOREIRA, et al., 2006).

Os conselhos de saúde terão a composição paritária de usuários, em relação ao conjunto dos demais segmentos representados e recomenda-se a seguinte distribuição das vagas: 50 % de entidades de usuários; 25 % de entidades dos trabalhadores de saúde; 25 % de representação de governo, de prestadores de serviços privados conveniados ou sem fins lucrativos (BRASIL, 2003).

Apresenta-se na Tabela 1 o total de conselheiros de saúde existentes na região de saúde estudada e suas respectivas categorias de representação previstas nas legislações municipais ou em portarias ou decretos atuais de nomeação de conselheiros, quando havia divergência da lei. (municípios 1 e 5).

TABELA 1 - Distribuição dos conselheiros de saúde por segmento de representação nos conselhos de saúde da Região de Saúde Coração do DRS III, Araraquara – SP, 2008

Município	Usuários	%	Trabalhadores	%	Prestadores	%	Gestão	%	Total
1	8	50	4	25	2	12,5	2	12,5	16
2	9	50	3	16,6	3	16,6	3	16,6	18
3	8	50	4	25	0	0	4	25	16
4	8	44	3	16,6	3	16,6	4	22,2	18
5	6	50	2	16,6	2	16,6	2	16,6	12
6	12	50	6	25	2	8,3	4	16,6	24
TOTAL	51	49%	22	21%	12	12%	19	19%	104

Fonte: Leis, Decretos Municipais e Portarias Municipais.

Quanto à paridade, verifica-se que os municípios garantem a participação de 50 % de usuários, com exceção do município 4, fazendo com que a região permaneça pouco abaixo de 50 % do segmento usuário. Ressalta-se, que o município 5 não garante a paridade na lei de criação, mas assim o faz, através do decreto de nomeação. Verifica-se, ainda, que nos municípios 1 e 5 suas portarias e decretos de nomeação contrariam o disposto na suas próprias leis de criação dos CMS.

Ao confrontarem-se as distribuições dos conselheiros nos segmentos verifica-se que os usuários e trabalhadores de saúde estão aquém dos percentuais de participação recomendada, em 50 % dos CMS, conferindo à representação prestadores de serviços e governo uma participação de 31 % do total. Observa-se que os municípios 2, 3, 4 e 5 colaboram com este resultado, visto que, somente dois municípios seguem as recomendações. Esse quadro, merecedor de uma profunda revisão por parte dos municípios, é integralmente compatível com outro estudo que conclui:

“As bancadas de usuários são inferiores a 50 %. A representação governamental..., é sempre superior à dos profissionais e dos prestadores, que em nenhuma esfera atingem o percentual proposto de 25% (CARVALHO, 1995, p. 74).

De forma semelhante, a pesquisa em âmbito nacional constatou que 68,5 % dos CMS respeitam a paridade de 50 % de usuários em relação aos demais segmentos e somente 25 % estão integralmente de acordo com o preconizado (MOREIRA, et al., 2006). O mesmo estudo encontrou em 15 CES uma variação nas distribuições dos diversos segmentos, porém prevalecendo uma “sub-representação” dos trabalhadores e prestadores e “sobre-representação” dos gestores. Ressaltou-se que esta “hiper-representação dos gestores..., pode dificultar e, até mesmo, comprometer o controle social e a gestão participativa de políticas públicas” (ESCOREL; DELGADO, 2008, p. 64).

Forma de escolha dos membros e presidente do conselho de saúde

Os CMS, com exceção do município 5, têm seus conselheiros indicados pelos seus pares, coerente com o recomendado pela Resolução nº 333, ou seja, “por escrito, pelos seus respectivos segmentos entidades, de acordo com a sua organização ou de seus fóruns próprios e independentes” (BRASIL, 2003), propiciando a escolha do conselheiro articulada com as bases das entidades de representação, dificultando processos dirigidos e clientelistas, fruto de baixa organização da sociedade civil.

Destaca-se o texto encontrado no município 5, no qual prevê que os conselheiros sejam “nomeados pelo Prefeito Municipal, mediante critério a serem estabelecidos por Decreto”. Tal ocorrência indica uma subordinação desta instância às determinações do poder executivo municipal, fato este que potencialmente compromete sua efetividade no controle social de políticas públicas.

Em contrapartida, o município 6 determina que os usuários das regiões sejam “... eleitos entre seus pares”, e as entidades representativas dos usuários e das categorias profissionais “... em assembleias amplamente divulgadas”.

Já a escolha da coordenação ou presidência dos CMS, observa-se que em 50 % dos municípios (2, 3 e 6) contempla eleição entre seus pares, durante reunião do plenário ou conferência de saúde. Nas demais localidades, a presidência do conselho fica a cargo do Secretário de Saúde, contrariando a recomendação de que seja “eleito entre os membros do conselho, em Reunião Plenária” (BRASIL, 2003).

Salienta-se que mesmo ocorrendo processos eleitorais para escolha do presidente em alguns conselhos, o secretário de saúde é seu presidente, exceto no município 2, no qual um usuário

tem esta função. Destaca-se, ainda, que em 50 % dos CMS (municípios 1, 3 e 4), os secretários na função de presidente são enfermeiros.

O deslocamento do centro do poder, com representantes de outros segmentos em posições de destaque nos conselhos podem gerar um amadurecimento destas instâncias, visto que, necessitarão aprimorar-se constantemente enquanto estrutura autônoma e independente da gestão da saúde.

Em outras esferas de governo, a escolha da presidência dos CMS por meio de eleição representa 69,8 % e 64,7 %, respectivamente no panorama nacional e estadual (BRASIL, 2008). Dados semelhantes foram encontrados por pesquisadores onde se verificou que a eleição para presidente ocorre em 69,6 % (MOREIRA, 2008) e 70,4 % dos CMS (MONTEIRO; FLEURY, 2006).

A despeito disto, pesquisas desenvolvidas, também em âmbito nacional, identificaram que a prevalência de presidentes representantes dos segmentos gestores em CMS foi de 67,1 % (MOREIRA, et al., 2006) e 63,8 % (MOREIRA, 2008). Um desses estudos conclui que tal fato ocorre “possivelmente com esta obrigatoriedade cristalizada nas leis de decretos no âmbito municipal que criaram os Conselhos de Saúde” e que “os gestores só não são presidentes dos CMS em sua maioria quando a votação é secreta” (MOREIRA, et al., 2006, p. 209).

A tendência de manutenção da presidência a cargo da gestão se reproduz na esfera estadual, já que 21 dos 27 CES existentes no país têm o secretário estadual como presidente nato, sendo que somente cinco estados, realizam eleição do presidente do conselho (ESCOREL; DELGADO, 2008). Da mesma forma, o CNS somente em 2006 adotou a eleição como processo de escolha do seu presidente.

Dentre as inovações recomendadas pelo CNS, a eleição do presidente é a diretriz que encontra mais resistência para ser implementada, pois implica em alteração de legislações de criação de cada conselho (ESCOREL; DELGADO, 2008) e também propõe o deslocamento de poder.

A prevalência da centralização do poder no executivo local, com a coordenação dos conselhos exercida pelos gestores da saúde mesmo nos locais onde a escolha ocorre por meio de eleição, demonstra que a sociedade civil ainda não se apropriou desta conquista.

Mandato dos conselheiros de saúde

Quanto ao mandato dos conselheiros, recomenda-se que seja definido em regimento interno de cada conselho, não devendo coincidir com o do governo correspondente. Propõe que tenha duração de dois anos e, a critério das suas respectivas representações, serem reconduzidos a outro mandato. Esta diretriz garante a continuidade e independência do desenvolvimento das atividades dos conselhos durante a fase de sucessão dos governos (ESCOREL; DELGADO, 2008).

O mandato nos municípios 2, 3, 4 e 6 é de 2 anos, com direito a recondução, porém nos demais municípios, tanto a legislação de criação do CMS quanto o regimento interno são omissos quanto ao tema. Em um destes locais (município 1), somente a portaria de nomeação dos conselheiros fixa 2 anos de mandato.

Quanto ao término do mandato dos conselheiros, nos municípios 1, 4 e 5 expiram coincidentemente ao final do mandato do prefeito, dispensando todos os membros dos conselhos de sua função. O município 3 omite tal aspecto em sua legislação. Já os municípios 2 e 6 garantem a continuidade do conselho ao término do mandato do executivo municipal, sendo que o primeiro cita expressamente que “não poderá haver coincidência do término do mandato entre os representantes dos segmentos, poder público e usuários”.

Em 18 CES definem-se nas legislações correspondentes a recondução por dois mandatos, sendo que os demais não estabelecem limites para recondução, podendo gerar “a profissionalização dos conselheiros,..., inviabilizando a alternância de atores sociais no debate...” (ESCOREL; DELGADO, 2008, p. 64).

Esta questão necessita de discussão e aprimoramento dos dispositivos legais locais, evitando a descontinuidade destas instâncias a cada mandato do executivo e a “profissionalização” dos conselheiros, o que enfraquece e compromete o exercício do controle social.

Estrutura administrativa e financeira dos conselhos de saúde

Na quarta diretriz da Resolução nº 333, está explicitado que os “Governos garantirão autonomia para o pleno funcionamento do Conselho de Saúde, dotação orçamentária, Secretaria Executiva e estrutura administrativa”. Define, ainda, que cabe ao próprio conselho de saúde definir, deliberar, “sua estrutura administrativa e o quadro de pessoal conforme os preceitos da NOB de Recursos Humanos do SUS” (BRASIL, 2003).

Neste estudo os municípios apresentam uma diversidade de situações estabelecidas em suas legislações locais que estão apresentadas no Quadro 5.

QUADRO 5 - Apoio administrativo e financeiro aos Conselhos Municipais de Saúde da Região de Saúde Coração do DRS III, Araraquara – SP, 2008.

Município	Apoio Administrativo e Financeiro	Secretaria Executiva
1	Não define.	Secretário do CMS: um servidor municipal, designado pelo Presidente.
2	Secretaria Municipal de Saúde: suporte técnico administrativo	Secretário Executivo escolhido entre os conselheiros titulares.
3	Órgão Municipal de Saúde: poderá prestar apoio administrativo e financeiro; O Conselho deverá propor dotação para atendimento de suas necessidades.	Secretaria Executiva, subordinada a presidência, com sala exclusiva, equipamentos básicos e no mínimo um funcionário municipal com qualificação compatível.
4	Não define.	Secretário: membro do CMS, eleito entre seus pares.
5	Não define.	Secretário Executivo, designado pelo Presidente.
6	Órgão Municipal de Saúde: infra-estrutura necessária ao pleno funcionamento do CMS, recursos financeiros e materiais; Dotação orçamentária adequada para as necessidades.	Secretaria Executiva, subordinada à presidência, com sala exclusiva, com equipamentos básicos e no mínimo um funcionário municipal com qualificação compatível.

Fonte: Leis e Decretos Municipais.

De forma geral, as legislações dos CMS dos municípios 2, 3 e 6 apresentam algum tipo de apoio administrativo e financeiro cabendo ao órgão municipal de saúde seu suprimento. Nos demais municípios, a ausência de clareza neste apoio administrativo e financeiro, podem gerar situação de vulnerabilidade para que os conselhos de saúde desempenhem suas funções adequadamente.

Verifica-se através de informações disponíveis no cadastro nacional que 33,9 % e 39,2 % dos conselhos têm secretaria executiva estruturada no Estado de São Paulo e Brasil, respectivamente; e dotação orçamentária, em 11,0 % e 17,6 % dos CMS, também respectivamente no Estado de São Paulo e Brasil (BRASIL, 2008).

No estudo realizado por CARVALHO (1995), somente 26 % dos CMS dispunham de secretaria executiva, quando se analisava o país como um todo. Revelou-se, ainda, que nos municípios de maior porte populacional, é mais comum existir esse tipo de apoio. MOREIRA (2008) apontou que 24,9 % dos CMS possuem Secretaria Executiva estruturada e 8,9 % dispõem de recursos financeiros para desenvolvimento de suas atividades.

Nesta análise da infra-estrutura, em especial a secretaria executiva, disponibilizada aos conselhos de saúde “é utilizada como uma indicação indireta do grau de estruturação do órgão,

uma vez que esse tipo de suporte parece ser indispensável para garantir um mínimo de condições de funcionamento”. Considerando que muitos conselhos não dispõem destas condições, CARVALHO (1995, p. 86) atribui esta situação a “imaturidade com que o Estado encara esse novo tipo de órgão público”.

De forma semelhante às questões anteriores discutidas a precariedade nas garantias de infra-estrutura administrativa e financeira encontrada em parte dos CMS parece demonstrar o não reconhecimento destas instâncias por parte dos executivos locais.

Existência de comissões

Para o exercício de suas atribuições, os conselhos de saúde poderão instalar comissões internas exclusivas de conselheiros, de caráter temporário ou permanente, bem como outras comissões intersetoriais e grupos de trabalho para ações transitórias (BRASIL, 2003).

Estas comissões têm caráter propositivo, sendo uma atribuição à emissão de pareceres ou estudos, os quais serão apreciados pelo conselho de saúde. Este exercício propicia aos seus membros aprofundar-se em temas específicos de interesse do plenário do conselho, além de estimular e qualificar a atuação de seus membros (BALSEMÃO, 2003). Também nesta mesma direção ESCOREL e DELGADO (2008) afirmam que as comissões e grupos de trabalho propiciam aos conselhos análises contínuas e regulares dos assuntos abordados.

Os CMS têm em suas legislações esses espaços de apoio previstos de diferentes formas, sendo chamados de: comissões especiais, de caráter transitório ou permanente, setorial ou intersetorial. Dentre os CMS estudados, somente o município 5, não cita na legislação a existência de comissões ou prerrogativas de criá-las no âmbito de seu conselho, permanecendo em desacordo com as recomendações.

Em um estudo realizado em âmbito nacional somente 8,9 % dos CMS dispunham de comissões de caráter permanente e 3,7 % outros tipos de comissões (MOREIRA, 2008).

A inexistência de comissões acarreta enfraquecimento do controle social local, à medida que não propicia subsídios e análises visando à qualificação das decisões acerca das políticas públicas de saúde, perdendo-se a oportunidade de qualificação dos conselheiros (BALSEMÃO, 2003).

Podem-se elencar algumas razões da baixa utilização deste apoio para auxiliar e qualificar as decisões do conselho de saúde: não conhecimento reais funções do conselho, deficiências na infra-estrutura permanente disponível aos conselhos em termos material e de pessoal etc.

Reuniões do plenário dos conselhos de saúde

As reuniões do plenário dos conselhos de saúde deverão ocorrer ordinariamente no mínimo uma vez ao mês e extraordinariamente, conforme disposto em regimento interno, além de serem abertas ao público. Tal dispositivo garante a continuidade dos “debates sobre tema e questões referentes ao controle social, à definição de diretrizes de políticas e à administração da gestão pública da saúde” (MOREIRA, et al., 2006, p. 213).

Nos CMS estudados, as reuniões devem ocorrer, ordinariamente uma vez ao mês e extraordinariamente, quando convocado pelo seu presidente ou pelos seus membros da forma regimental. Exceção ocorre no município 5, no qual a periodicidade de ocorrência de reuniões é semestral, contrariando a Resolução do CNS.

CARVALHO (1995, p. 89) constatou que 55 % dos conselhos municipais do país realizaram reuniões nos três meses anteriores a pesquisa, porém considerava este dado subestimado, visto que, não representavam o universo dos municípios. Também encontrou variações entre as regiões e os estados do país, sendo que a Região Sudeste e Estado de São Paulo apresentam, respectivamente, os índices de 75 % e 76 % dos conselhos com reuniões.

Outra pesquisa realizada detectou que 83,5 % dos CMS realizavam reuniões ordinárias no mínimo mensais e 15 % com reuniões superiores há um mês. Observou, ainda, que em 0,7 % destes a frequência de reuniões é semestral, “o que permite supor que estes CMS não interferem nas decisões da política de saúde local” (MOREIRA, et al., 2006, p. 213).

O Sistema Nacional de Cadastro dos Conselhos de Saúde (BRASIL, 2008) mostra que 85,1 % e 90,7 % dos CMS, respectivamente no Estado de São Paulo e no Brasil, realizam regularmente reuniões no mínimo mensalmente. Alguns conselhos informaram, ainda, a ocorrência de reuniões semanais e quinzenais.

Uma forma simples de verificar se um conselho de saúde funciona é identificar a ocorrência de reunião de forma regular e se tem alguma estrutura administrativa, apontando que a “realização de reuniões é certamente a manifestação mais elementar de vida orgânica dos conselhos... É uma indicação direta do caráter ‘ativo’ do Conselho” (CARVALHO, 1995, p. 86)

Participação da população e direito à voz nas reuniões

Quanto à participação da população nas reuniões, verifica-se que nos municípios 1, 2 e 5, as legislações são omissas, sendo que nos demais municípios, definem que as plenárias são abertas à população, porém com diferentes possibilidades de manifestação:

*“... serão abertas às pessoas interessadas, podendo ter direito à voz, por deliberação do Plenário” (município 3 e 6);
“As reuniões serão públicas, exceto quando algum Conselheiro solicitar o contrário, devendo ser a sugestão objeto de decisão por parte dos conselheiros...” (município 4).*

A pesquisa em âmbito nacional constatou que todos os CES e 89 % dos CMS analisados têm suas reuniões abertas à população. Relataram também que, quando é permitida a livre expressão da população, a participação dos cidadãos nas reuniões é incrementada, como resultante da compreensão de garantia dos direitos. Mostrou que os CMS que não facultam o direito à voz em reuniões têm em maior proporção o segmento gestor como presidente e ocorre principalmente em municípios de menor porte (5 a 10 mil habitantes). De forma inversa, aqueles municípios acima de 500 mil habitantes garantem esta manifestação da população em maior proporção (MOREIRA, et al., 2006).

Um estudo mais recente detectou que, 86,7 % dos CMS apresentam suas reuniões abertas à população e em 76,3 % a população tem direito à voz (MOREIRA, 2008).

Importante salientar que este é um aspecto que os dispositivos regimentais devem abordar e que garantam, ao mesmo tempo, a ampliação da possibilidade de participação da população e uma dinâmica organizacional eficiente.

Pode sugerir que ajustes nesses dispositivos poderiam garantir maior democratização destes espaços e neste sentido na etapa subsequente tentaremos identificar qual a percepção dos conselheiros entrevistados quanto à dinâmica das reuniões.

Quorum e decisões dos conselhos

As “decisões do Conselho de Saúde serão adotadas mediante quorum mínimo da metade mais um de seus integrantes”, e que “o Pleno do Conselho deverá manifestar-se por meio de resoluções, recomendações, moções e outros atos deliberativos” (BRASIL, 2003).

O quorum para instalação de reuniões ou plenárias citam: “as sessões instalar-se-ão com presença da maioria de seus membros”. O município 6, complementa o dispositivo, definindo que, em segunda convocação, após 30 minutos com a presença de no mínimo 1/3 dos seus membros, a sessão seja instalada.

Em relação às decisões estão apontados nos textos dos CMS que deliberarão “pela maioria ou pela maioria dos votos presentes”. Importante clarear este dispositivo nas legislações dos conselhos, visto que, um estudo constatou que alguns CES adotam esta prática de utilização da maioria simples dos presentes ou quorum abaixo do preconizado, citando que decisões em um deles chegam a ser tomadas por somente 28 a 38 % dos seus membros (SCOREL; DELGADO, 2008).

Quanto às deliberações dos CMS, nos municípios 2, 3 e 6 são transformadas em resoluções, recomendações e moções, a serem homologadas pelo gestor local. Nos demais, cita-se somente que as decisões serão consubstanciadas através de ofícios ou deliberações, sem detalhamento.

Ressalta-se que à medida que prescindem da quantidade de conselheiros presentes para as decisões ou a indefinição no acompanhamento das homologações das decisões do plenário, compromete-se à efetividade de atuação dos CMS, necessitando, portanto de ajustes fundamentais.

* * *

Durante estes 20 anos de implementação do SUS, pode-se verificar avanços em relação aos aparatos legais que sustentam a participação da população através dos CMS no país.

Nesta análise dos dispositivos legais que sustentam o controle social observou-se uma grande variação entre os municípios na Região de Saúde Coração.

Percebe-se que no município 5 a letra da lei não garante várias possibilidades de participação social, sendo que, a mais relevante talvez seja o não reconhecimento do seu caráter deliberativo. Já o município 6, destaca-se quando agrega em sua legislação, vários dispositivos que favorecem a instalação de um espaço mais democrático e respeitando as normatizações nacionais do SUS.

Destacamos também que as alterações não ocorreram de forma homogênea em todos os municípios e que dois deles permanecem com suas legislações originais. Poderia-se perguntar quais as motivações que contribuem tanto para alteração como também sua manutenção da legislação no formato?

Sabe-se, porém, que o conselho formado como preconiza a lei e funcionando, não garante sua legitimação, no entanto consideramos que há necessidade de aprimoramento dos dispositivos legais dos CMS em diversos municípios. Arrisca-se a dizer que as legislações dos CMS podem ser um indicativo de formas mais autônomas, democráticas e efetivas de atuação destas instâncias, e não que optem pela manutenção hegemônica do poder sobre a política pública de saúde nos governos locais.

Na próxima etapa do estudo será analisado em que medida o controle social e suas instâncias formais no SUS são reconhecidos pelos conselheiros de saúde entrevistados e como se dá a atuação dos conselhos, suas forças favoráveis e suas dificuldades cotidianas, além das perspectivas o Pacto pela Saúde trás para a participação e o controle social no SUS e na região de saúde em análise.

4.2 O controle social na percepção dos conselheiros municipais de saúde

A análise possibilitou a construção de quatro categorias e suas respectivas subcategorias a partir das entrevistas dos conselheiros municipais de saúde da Região de Saúde dos diversos segmentos de representação, as quais estão apresentadas de forma consolidada no Quadro 6.

QUADRO 6 - Categorias de análises das entrevistas com conselheiros municipais de saúde na Região de Saúde Coração do DRS III, Araraquara – SP, 2008.

Categorias	AS CONCEPÇÕES DE CONTROLE SOCIAL	O EXERCÍCIO DO PAPEL DE CONSELHEIRO	ASPECTOS JURÍDICOS E ORGANIZACIONAIS DOS CONSELHOS DE SAUDE	EFETIVIDADE E PERSPECTIVAS DO CONTROLE SOCIAL
Sub- categorias	A polissemia do controle social		A legislação dos conselhos de saúde	
	A concretude do controle social		A organização dos conselhos de saúde	

4.2.1 As concepções de controle social

O controle social é reconhecido como uma das importantes e inéditas inovações no Sistema Único de Saúde. Compreender este *locus* parece fundamental para o adequado exercício de cidadania dos atores que dele participam. Nesta categoria analisou-se o que pensam os entrevistados sobre controle social, assim como a concretude do controle social no SUS.

4.2.1.1 A polissemia do controle social

A apropriação do conceito de controle social apresenta-se de formas diversas pelos conselheiros de saúde entrevistados, sendo que em parte desses, o termo não parece familiar ao seu cotidiano ou apresentam forma divergentes àquela adotada pelo setor saúde.

“(momento rápido de silêncio). Ah, eu não sei falar isso.” (U3).

“O Controle Social,... enquadraria..., o controle de natalidade..., educação das mães com relação ao tratamento dos filhos,... métodos contraceptivos, né?” (PS1).

“Controle social é primordial,... nós estamos informatizando a saúde... você vai identificar os pacientes,... quantas vezes... passou na unidade, quantas vezes ele faltou,... os especialistas que ele tá passando, qual o medicamento...” (G4 PC4).

Observa-se que o desconhecimento perpassa pelos diversos segmentos de representação presentes nos conselhos de saúde, inclusive pela gestão e pelos trabalhadores de saúde, explicitando pouca aproximação com este princípio do SUS. Alguns associaram de forma equivocada ao controle de natalidade ou populacional e também aos processos administrativos e de regulação assistencial do sistema de saúde.

O desconhecimento acerca do controle social apresentado pela maioria dos conselheiros entrevistados pode comprometer de forma importante o exercício deste papel. A relevância dessa constatação decorre da sua presença nos discursos dos diversos segmentos de representação, incluindo aqueles que acumulam a presidência do conselho de saúde e gestão da saúde.

Destaca-se que alguns destes sujeitos são trabalhadores da saúde³, alguns da enfermagem com diferentes tempos de formados e que a partir de suas falas infere-se que o tema não está sendo tratado apropriadamente nos cursos de formação da área, possibilitando a construção significativa a ponto de ser compreendido no campo do exercício de cidadania.

³ Dos trabalhadores de saúde aqui citados destacamos três enfermeiros com três, cinco e dezessete anos de conclusão de curso.

Em contraponto, uma minoria dos sujeitos entrevistados apresenta algum conhecimento sobre o papel do controle social.

*“... é uma forma de... controlar as ações que o poder público faz pra... proporcionar uma vida, um bem estar maior pra população,..., a população vai controlar essas ações” (TS6).
“... eu acho que ele deveria tá avaliando o que tá sendo feito e ajudando a dar proposta... é uma situação assim, é muito pessoal, não é comunidade, não é o todo,... é uma parte desse controle social, junto com os trabalhadores, porque dali, cê tá vendo, tanto aquele, dentro da unidade, como que os usuários, os dois lados, né? e aí tentar resolver, tentar um caminho pra melhorar... o objetivo maior..., e avaliar o que está sendo...” (TS1).*

Atribui-se ao controle social a melhoria nas condições de vida das pessoas e um papel avaliador do que está sendo executado com o estabelecimento de propostas, reconhecendo-se ainda, neste processo, a importância do diálogo entre usuários e trabalhadores da saúde.

O controle social tem sido considerado a essência da participação da população no SUS, incluindo também a ação individual e coletiva exercida no cotidiano pelo cidadão além de atitudes propositivas. Em síntese, a participação inclui a ação, proposição e controle, sendo este último a “aplicação prática de um processo avaliativo” (CARVALHO, 2006, p. 137).

Percebe-se, ainda, na fala de um dos entrevistados uma limitação do controle social ao micro-espço da unidade de saúde atribuindo somente aos usuários e trabalhadores da saúde a busca de soluções, omitindo o papel do gestor neste processo.

Vale refletir sobre estudos que apontam a assimetria entre o saber dos profissionais de saúde colocando o usuário como “mero espectador nesta relação” impedindo sua ação participativa no sistema de saúde. Dessa forma, uma nova relação deve ser instaurada entre os usuários, trabalhadores de saúde e governo permitindo que o poder circule transformando os espaços mais democráticos (WENDHAUSEN, 2002, p. 102).

Alguns gestores e presidentes de conselhos de saúde consideram o controle social uma das principais diretrizes do SUS, destacando sua função fundamental na organização e no ordenamento do modelo assistencial.

“... dentro do Sistema Único de Saúde, se for pensar nas suas diretrizes e premissas esquece que é a mais importante. Essa é a fundamental e é a que menos tá andando,... Que nós tamo num processo de construção,... Vivi esse processo de ditadura no nosso país, ajudando de alguma maneira a, a reformar isso,... da reforma sanitária... e fui ator, sujeito nesse processo... quem fez..., essa reforma fomos nós, trabalhadores, usuários, prestadores, gestores municipais, estaduais, federais, foi um grande movimento... mudamos a Constituição e tal, é um direito e dever do Estado e tá tudo resolvido. Não sei se é,..., precisa colocar tijolinho um em cima do outro e aí não sei se faltou fôlego ou faltou entendimento,... do cidadão,... estamos construindo o Sistema Único de Saúde... Alguns lugares já avançaram mais, outros... menos,... Respeitando mais o cidadão,..., dando autonomia é, enfim,..., nós tamo longe de ter controle social” (G6PC6).

Na análise da fala de um destes sujeitos, o controle social é um processo em construção que implica no envolvimento de todos os atores envolvidos na consolidação dos preceitos da reforma sanitária no país, reiterando ainda que os avanços ocorreram de formas diversas, estando longe de ser efetivo.

Essa afirmação está congruente com a característica processual que considera que avanços já foram efetivados com a superação do período “acusatório e solicitatório para o criativo e colaborativo” (CARVALHO, 2006, p. 158).

Alguns conselheiros reconhecem avanços neste processo e ressaltam que se apropriaram de uma visão maior do conselho de saúde depois que passaram a integrá-lo, indicando real aprendizado.

“Teve um avanço porque, eu acho que..., eu principalmente desconhecia o conselho municipal de saúde, nunca ouvi falar,... Antes de eu participar... Porque até então, eu nunca tinha ouvido falar de CMS,...” (PS2).

“Antes, quando eu não tava no conselho eu nem sabia muita coisa do conselho,... e depois que eu entrei aí que você tem uma visão maior que é o conselho, pra que serve,...” (TS3).

Considera-se que o avanço no controle social “se dará pelo aprendizado, pelo processo e pela vivência” acrescentando que não há usuário, nem trabalhadores de saúde e gestores prontos para tal exercício (ACIOLE, 2003, p.69).

A construção do controle social no SUS é de responsabilidade de todos os segmentos representados (PADAVINI, et al., 2005). Apesar de concordar com o compartilhamento das responsabilidades dos segmentos para a garantia do efetivo exercício do controle social, vale refletir sobre o papel indutor determinante para seu funcionamento atribuído à gestão da saúde por um dos entrevistados.

“... a Gestão tem... culpa nisso, acaba cumprindo um papel de aprovar aquilo que precisa..... quem peca mais é a gestão do que os outros segmentos. Acho que a Gestão tem um papel indutor fundamental no processo de controle social” (G6).

Os atores representantes da gestão determinam os processos participativos à medida que detém o poder de proporcionar ou não condições para seu adequado funcionamento dos espaços de controle social e também no reconhecimento ou não do poder político dos atores societários (SILVA, et al., 2009,). De forma complementar os gestores, frente aos conselhos de saúde, podem comportar-se de forma estritamente burocrática, autoritária e manipuladora (ACIOLE, 2003).

4.2.1.2 A concretude do controle social

Alguns conselheiros de saúde reconhecem a finalidade deliberativa do conselho no controle das contas públicas, na busca de soluções para os problemas identificados, na escuta às demandas da sociedade, apontando para melhoria da condição de saúde da população.

*“... é prestar uma assistência é, com qualidade aos habitantes do seu município” (PS5).
“...: ele serve assim pra... como eu posso explicar? Para tentar melhorar, né ? Fugiu a palavra. Pra tentar melhorar a sociedade, ... solucionar alguns problemas, não sei, discutidos, as aprovações, né?” (TS2).
“... eu acho que o conselho de saúde,... é pra melhorar e capacitar, tanto o atendimento, as reivindicações da população... e outra coisa que tem, aprovações de contas,... porque fica tudo mais transparente,..., fazer com que o SUS funcione melhor... tanto pessoal como material,... tanto de gestão como operacional,... e as reivindicações do povo, é o principal” (G3).*

O poder deliberativo dos conselhos de saúde está garantido nas legislações federais e aponta para a sociedade civil participando nos delineamentos da saúde nos municípios. Porém, considera-se que alguns limites na efetivação das decisões se colocam à medida que leis e regimentos locais conferem ao executivo o poder de nomear seus membros e também de aprovar ou não as deliberações do conselho de saúde (WENDHAUSEN, 2002)

A legislação do SUS determina que estes órgãos colegiados são de natureza permanente e de caráter deliberativo (MERCADANTE, 2001). Aponta-se que dentre os problemas sobre os conselhos gestores a serem solucionados está a “definição mais precisa das competências e atribuições dos conselhos gestores... Deve-se cuidar da elaboração de instrumentos jurídicos de apoio às suas deliberações” (GOHN, 2001, p. 14).

O conselho de saúde é um espaço político, no qual seus membros desempenham seus papéis de diversas formas. Em alguns casos a interação existente traz um ganho substancial no amadurecimento e fortalecimento da gestão, conforme se pode apreender de falas de gestores de saúde e presidente de conselhos.

*“... durmo tranqüilo... graças ao conselho,..., de acompanhar e avaliar as minhas finanças, isso me deixa muito tranqüilo... porque o meu conselho..., é participativo, deliberativo e por eles terem essa comissão que avalia... deixa muito seguro e tranqüilo,... eles questionam avaliam, se tem duvida,... dentro da gestão é de suma importância,... faz com que você também repense em algumas ações de saúde ou... demanda que eles apresentam,... com isso a gente também cresce e fortalece a gestão” (G1PC1).
“... um conselho atuante ajuda e muito,... precisa ter um controle social daquilo que você faz, quer dizer, como você faz, eu acho importante... Tenho conversado com alguns secretários de outras cidades e nos lugares em que o conselho funciona, o trabalho do secretário fica muito mais fácil,... mais tranqüilo...” (G3PC3).*

A relação da gestão com um conselho de saúde atuante que ocupa espaços institucionais e políticos “não apenas se legitima, como termina por legitimar o gestor, emprestando-lhe a chancela da direcionalidade do interesse público” (ACIOLE, 2003, p. 70).

Em contraponto, alguns sujeitos explicitam que nesta arena pública está presente uma disputa de poder, destacando-se que o executivo como sendo o lado mais forte, e estes movimentos autoritários limitam ou mesmo neutralizam as demais forças presentes no conselho.

“... eles participavam ativamente, de como fazer, do que fazer das decisões da secretaria (aqui citando outro município)... quando essa gestão começou, ela praticamente matou esse conselho, pôs uma pedra em cima,... tem que usar de muito tato pra trazer isso de volta... e sem que você cause um problema político,... conselheiros foram afastados por questões de documentos..., mas a gente sabe que a idéia é sufocar isso,... eu também acho que a administração não tem idéia do que seja... E a importância disto..., até ter um controle do processo... isso é uma característica da administração... centralizadora...” (G3PC3).

“Era um problema sério, inclusive do prefeito, ir, assim, desrespeitar Conselheiro... O prefeito chegava: não, tem que assinar. O Conselho: não, não tem que assinar nada... Então tivemos problema sério..., dele chegar até ameaçar Conselheiro... ele batia em todo mundo... Ele desrespeitou um senhor, nossa, a gente ficou super revoltado,... até depois disso, ele não quis mais participar” (U3).

A visão centralizadora da administração local está bem explicitada nestas falas e, conseqüentemente, o não reconhecimento do papel constitucional atribuído ao conselho de saúde. Denota-se no depoimento evidente abuso de autoridade característico de práticas autoritárias, principalmente sobre os usuários, o que denuncia a ausência de ética presente nas relações de dominação (WENDHAUSEN, 2002).

De forma congruente a estes achados, a pesquisa de WENDHAUSEN (2002, p. 49) explicita que a ambigüidade do Estado que, ao mesmo tempo em que instituía a participação popular, “perpetuava e incentivava a continuidade de práticas autoritárias... solapando qualquer possibilidade de efetivação” do controle social.

Para efetivação deste espaço democrático é fundamental que o “poder circule” e que as disputas são naturais considerando esta nova relação que se institui após longos períodos autoritários vividos no país e no continente sul-americano que marcaram a identidade cultural da população (WENDHAUSEN, 2002, p. 188).

Dessa forma, nestes fóruns democráticos diversos interesses estão em disputa através de suas forças de representação, passíveis de serem superadas por meio de pactuações possíveis, porém há que se considerar o interesse público nestes acordos (ACIOLE, 2007).

Salienta-se a contradição presente nos conselhos que, sendo um espaço democrático pode “legitimar ou reverter o que está posto” considerando a diversidade de interesses presentes neste espaço coletivo (CORREIA, 2000, p. 64).

Neste sentido, frente a estas relações de poder os sujeitos envolvidos nestes processos podem-se submeter ou opor-se a ele (WENDHAUSEN, 2002).

Também se registra nas falas dos sujeitos, importante politização partidária neste espaço, limitando e trazendo dificuldades na dinâmica do conselho, em que os entraves se acentuam durante a transição de governos municipais.

“... no começo assim era até mais gostoso de participar,..., a gente solucionava os problemas,... eram mais proveitosas, davam resultado. E aí..., houve também outra discussão por causa ele ser irmão do prefeito, né? E o... (citando nome do secretário do conselho) ser da oposição... E nessa fase de transição piorou... ainda mais cidade pequena, né?” (TS2).

“... vim de um lugar onde... os próprios integrantes não deixavam a discussão ficar muito politizada, a coisa era realmente discutir as necessidades de cada região, de cada bairro, aplicação das verbas...” (G3PC3).

Um dos principais fatores apontados por conselheiros como limitantes para o exercício do controle social foram as rivalidades políticas locais por vezes presentes nestes espaços (BISPO JÚNIOR, et al., 2006).

Uma visão “supra e pluripartidária” dos conselhos destaca-se que a diversidade de pensamentos e posições presentes na sociedade se reproduzem também nesta arena, concluindo que quando o conselho se partidariza “é o começo do fim” (CARVALHO, 2006, p. 169).

Neste mesmo sentido, o reconhecimento da pluralidade deve buscar abrir espaço para a prevalência do interesse público (DAGNINO, 2002b).

Outro aspecto emergente nas falas dos entrevistados é a excessiva valorização do saber técnico relatada por representantes dos trabalhadores de saúde e da gestão, inclusive sendo um deles presidente de conselho.

“A antiga secretária,... falava que nós éramos as cabeças da saúde, ... queria que... fizessem parte do Conselho... a respeito de um programa de saúde bucal, eu estou lá... a respeito da parte médica... Existe um médico...” (TS5).

“... todos os conselheiros não tem,..., o embasamento na área da saúde,... Então para ser um presidente, você tem que ter um embasamento na saúde pública,... saúde mesmo,... tem que ser alguém com um pouquinho de conhecimento técnico” (G4PC4).

O saber técnico não deve ser colocado como requisito básico para compor o conselho, pois enquanto um espaço político, as representações dos diferentes segmentos estão ou deveriam

atuar na defesa dos interesses públicos. As questões técnicas poderiam ser supridas através de outros apoios necessários, como comissões ou assessorias, hoje tão pouco utilizadas nos conselhos.

De forma congruente com este pensamento, os profissionais de saúde tem sido reconhecidos pelos conselheiros como “muito influentes”, sendo que o conhecimento técnico e administrativo os legitimavam elevando-os a uma posição de destaque perante os demais conselheiros (CÔRTEZ, et al., 2009, p. 162).

O saber técnico produzindo um “discurso competente” propicia a manutenção do poder hegemônico deste sobre o poder político (ACIOLE, 2007, p. 419) e também perante o saber popular (WENDHAUSEN, 2002).

Para alguns entrevistados, o conselho de saúde além de ser um espaço de fiscalização das contas públicas e reivindicação de demandas, tem uma atribuição de troca de informações entre os segmentos de representação e de disseminação das informações para a população em geral que muitas vezes desconhece seus direitos.

“... os representantes dos bairros... estão sempre reivindicando... e nós como prestadores de serviço ficamos sabendo assim como funciona o ambulatório de tal região,... vê reclamação da parte médica, através da sociedade médica e dos vários sindicatos e usuários de bairro,...” (PS6).

“... sempre na parte de informação do que nós estamos realizando..., se têm sugestões,...” (G5PC5)

“... fiscalizar e melhorar a qualidade do atendimento aos pacientes, a carência de informação,... de saber... seus direitos...,... que os médicos trabalhem de acordo, funcionário, atendente, faxineiro, o motorista da ambulância,...., o pouco que eu conheço,...., levar as informações às pessoas...” (U4).

Várias são as dificuldades dos conselhos de saúde quanto à falta de informações que agrega desde a sonegação de informações pelos governantes, até o entendimento da linguagem e a falta de acesso a capacitações (WENDHAUSEN, 2002).

O desconhecimento da população sobre os conselhos de saúde também foi destacado nas falas como uma dificuldade, sendo que um dos entrevistados manifestou que a desinformação perpassa inclusive entre os próprios conselheiros e o poder executivo.

“... a população..., não sabe o que é Conselho de Saúde. Muitas vezes você fala: mas por que você não procurou? Mas eu não sei o que é isso... acho que teria que ter mecanismo de divulgação pras pessoas saber o que é, pra que serve” (U3).

“... a administração não tem idéia do que seja... E a importância disto... até ter um controle do processo...” (G3PC3).

De forma análoga, destaca-se que a população muitas vezes não sabe da existência dos conselhos (WENDHAUSEN, 2002), e que também parte dos conselheiros desconhecem o poder que têm (CORREIA, 2000).

Na análise das concepções sobre as conferências de saúde, apreende-se que existem também diferentes entendimentos quanto a sua finalidade enquanto instâncias de controle social no SUS.

Muitos entrevistados apresentaram como sendo um espaço de aprendizagem, realização de contatos, aprimoramento técnico, entre outros. Abordou-se ainda que a conferência é um espaço para realizar educação em saúde e difundir informação para a comunidade sobre seus direitos. Esse entendimento também engloba os diversos segmentos de representação, inclusive um gestor e presidente do conselho.

“... a principal função é a instrução, orientação do que eles têm direito, quais são as necessidades, principalmente... do cuidado em casa,... assuntos... de saúde pública..., legislação,... que eles têm esse direito de saber...” (G4PC4).

“... pra você aprender alguma coisa, pra você poder colocar em prática no seu trabalho, né? Pra você ensinar os outros profissionais... lidar com determinadas situações,... conhecimentos novos,... estar se aprimorando,... Pra atender melhor...” (PS5).

Pelas abordagens observa-se que não há reconhecimento do espaço político nos quais se identificam os diferentes interesses dos projetos existentes na arena. As conferências têm cumprido seu papel de difusão de informação sobre a política de saúde vigente, além de expandir o espaço de diálogo entre quem administra e quem utiliza os serviços de saúde (CORREIA, 2000).

Identifica-se também nas falas de entrevistados, a não participação em conferência, sendo que alguns deles relataram que nunca foi realizada uma conferência no município. Outro sujeito considera que o município é muito pequeno para realização de conferência e expressa dificuldades com a estrutura para realizá-la.

“O nosso município é muito pequeno pra uma estrutura deste tamanho...” (TS5).

“..., nunca houve na história do município, esse ano é a primeira vez que nós vamos realizar...” (G4PC4).

“... eu fiquei bastante surpreso... dos 25 ou 26 municípios é, boa parte deles não realizou a Conferência Municipal e ficou sem representantes na Estadual... ou por que..., o Conselho não se organizou, porque o prefeito não ajudou,... Pelo que eu pesquisei lá,..., 90 % é porque o prefeito não ajudou ou então..., ele fez de tudo pra impedir que se realizasse... É, como se impedisse a fiscalização..... o Controle Social... 80% têm que ser iniciativa do Conselho... Só que aí você precisa de uma estrutura,... das secretarias, do município, do prefeito,..... espaço,... infra-estrutura... mas se a prefeitura não ajuda... e se o Conselho não tiver estrutura, como é o caso da maioria dos Conselhos, que não tem sede... e aí, fica difícil,..., mas quem tem que dar o start da Conferência Municipal é o Conselho Municipal de Saúde” (U6).

Apreende-se o desconhecimento dos conselheiros sobre a atribuição constitucional para convocar a conferência, tanto do executivo quanto de seus membros e explicita-se a dificuldade em garantir sua realização conforme determina a Lei Orgânica de Saúde.

Está evidenciado o descumprimento da legislação vigente, com municípios que nunca na história da saúde local realizaram conferências, e também a eventual ação do poder executivo de apresentar empecilhos para a sua organização com a carência de garantias estruturais independentes para sua organização pelos próprios conselhos.

Em levantamento realizado nacionalmente, 14,6 % dos municípios não realizam conferências e 12,7 % não cumpriram os prazos estabelecidos pela 12^a Conferência Nacional de Saúde, totalizando um terço dos municípios em situação inadequada (MOREIRA, et al., 2006).

Neste espaço regional estudado, podem-se identificar sujeitos que reconhecem o papel da conferência de saúde e apresentam vasta experiência de participação, atuando em várias funções nestes fóruns, o que no contexto do Pacto pela Saúde pode auxiliar e potencializar as ações de fortalecimento do controle social.

“Participei da organização,... como palestrante,... já fui em várias... ou para facilitar grupo, pra... equipe organizadora. Participei como membro... Já fui delegada, já fui na Conferência Estadual,... Federal, Nacional...” (G6).

“... importante seria montar... agregando todo mundo que mexe com saúde..., tá determinando uma linha,... uma política de saúde pra cidade... um alinhamento, um planejamento..... é de dois em dois anos que tem, se eu não tô enganado, seguido aí nesses dois anos...seguir essa diretriz aqui e por em prática isso... pra minha realidade, pra minha singularidade, ... definir como política pública ..., mesmo que a nível estadual, federal, não seja, ..., acolhida essa demanda” (TS6).

“A gente fez nas unidades uma micro pra avaliar realmente mais de perto,... ela foi feita na unidade. Tem mais pessoas participando e aí tem um outro olhar,...” (TS1).

Importante registrar a identificação por alguns entrevistados de diferentes periodicidades para as conferências em suas dimensões nacionais ou locais e ainda a demandas oriundas das discussões, preservando a singularidade local. Dada a importância da escuta da população e da contemplação de outros olhares, um dos entrevistados citou a adoção da estratégia em seu município de realização de “micro” conferências nas unidades, destacando e valorizando a ampliação dos espaços de participação.

Um interessante caminho para o fortalecimento das conferências é a adoção de estruturas ascendentes com conferências iniciando-se nos bairros e, posteriormente, no município, região, estado e finalmente a conferência nacional. Outra questão é a sua conexão temporal com os mandatos dos governos responsáveis pela execução da política de saúde desenhada nas conferências. Deveria obrigatoriamente ser realizada no primeiro semestre do primeiro ano do mandato dos

governos, visando subsidiar a confecção do plano plurianual de governo a ser remetido ao legislativo (CARVALHO, 2006).

Está posto também para estas instâncias a ampliação dos canais de comunicação para toda a população com a acolhida das demandas legítimas e compatibilização com o possível para efetiva execução.

“... serve justamente pra você fazer..., um grande chamado aos anseios da população e ver aquilo que dá pra fazer e aquilo que não dá pra fazer, tentar codificar aquilo no sistema único de saúde e ver o que dá pra, daquele resultado você aproveitar o máximo possível.” (G2).

“... identificar coisas que às vezes você como gestor não ta identificando e o usuário a população... trazem essa demanda,... Então isso também na conferencia traz um alicerce pra gestor poder trabalhar e melhorar a gestão também” (G1PC1).

Expressam também a preocupação com o acompanhamento das deliberações das conferências e apontaram a necessidade estratégica de balanços periódicos.

“... era papel da gestão prestar conta do que foi aprovado na Conferência; fazer um balanço semestral ou anual... Podia ser uma oficina... Isso não acontece. Eu não sinto esse movimento do Conselho e nem da Gestão pro Conselho...” (G6).

“No pós Conferência... temos um..., consolidado lá,... eu nem tenho conferido pra gente saber se realmente tá dentro do Cronograma,... acho que deverá acontecer uma oficina pra isso, pra a gente fazer um balanço do que já foi feito e do que falta se fazer... um conselheiro lá que tocou nesse assunto...” (U6).

Dois sujeitos representantes da gestão fazem relação entre o conselho e as conferências, definindo com clareza as funções do conselho e conferência de saúde, sendo que um define diretrizes para o estabelecimento da política pública e o outro incorpora o acompanhamento das ações desenvolvidas e o controle dos gastos em saúde.

“... eles são definidores das diretrizes da política municipal... Eu não consigo entender um plano de governo que não considere ou discuta com esse segmento o que vai ser feito... a Conferência tem um papel específico de definir as diretrizes e o conselho de monitorar, de aprimorar, na execução,... cabe ao conselho fazer esse monitoramento... ordenando o que foi previsto, ampliando, excluindo dependendo do contexto local... tem o papel fiscalizador do dinheiro” (G6).

“... escutando a sociedade e é, elaborando diretrizes... caminho a ser seguido, diferentemente do Conselho que, é claro, ele também dá a sua diretriz, mas assim,... a partir das diretrizes colocadas, tentar ajudar a contribuir no sentido que aquilo possa acontecer, né?! Pressionando a sociedade, pressionando o município no sentido de é, é, dar atendimento àquela diretriz que foi levantada,...” (G6PC6).

Apesar da responsabilidade de todos no acompanhamento das deliberações das conferências de saúde, os conselhos como órgãos deliberativos deverão participar mais diretamente

disso. Para o período pós-conferência, propõe-se estabelecimento pelos conselhos de saúde de rotina de acompanhamento das deliberações da conferência, bem como da inclusão das mesmas no plano de saúde (CARVALHO, 2006).

A partir da análise das entrevistas verifica-se freqüentemente o desconhecimento dos conselheiros sobre outras instâncias que exerçam o controle social no município. Esta percepção pode trazer ao conselho de saúde a sensação de isolamento e sensação de que esse espaço seja o único responsável pelo controle social.

“Que eu saiba não” (TS3).

“..., eu não conheço não” (PS6).

Já outros entrevistados reconhecem outros espaços presentes no cenário local com demonstrações de iniciativas de interação entre estes. Pode-se apreender a existência de ampliação dos diálogos e o compartilhamento das ações de controle entre as instâncias agregando parceiros, tais como o poder judiciário e promotoria pública, na busca de soluções às questões identificadas.

“... outros Conselhos, da criança, adolescente, do Idoso... conselho de... promoção social, assistência social. Participo dos três Conselhos” (G5PC5).

“... participando de... outros conselhos,... conselho de álcool e drogas, COMASP, COMAD...” (TS4).

“... educação,... A promotoria..., com o juiz de direito e... o conselho do idoso,... o conselho tutelar... Automaticamente a enfermeira da unidade já faz um trabalho junto com o conselho tutelar... tem essa harmonia entre conselho tutelar, conselho do idoso e com as próprias secretarias da prefeitura, por que também, demandas são identificadas nos bairros,... é oficiado pra mim e eu oficio o outro secretario pra... providencias. Então, não só o conselho, mas todo mundo fica... como um órgão fiscalizador do sistema de saúde” (GIPCI).

A despeito da existência de outros conselhos de gestão e das iniciativas de aproximações entre esses agentes, ainda persiste, na perspectiva de alguns entrevistados, certo distanciamento na atuação prática acarretando prejuízos na obtenção de melhores resultados, especialmente quando se tratam de temas intersetoriais.

“... eu não vejo ainda uma... entre Conselho Municipal de Saúde e o Conselho Municipal de Assistência Social parece que caminhando muito juntos, ainda não. Tem certa diferença... precisa ser mudado, acho que nós temos que ser parceiros com eles...” (G5PC5).

“Por exemplo,... a quantidade de meninas, de menores grávidas aí, de escola... Será que não podia ter uma ação, o Conselho Municipal de Saúde,... Educação, vamo montar uma política pra gente ver o que a gente faz, dar uma mexida nesse bolo aí, pra esclarecer” (TS6).

Na concepção de saúde adotada pela Constituição Nacional, na qual os determinantes sociais definem o perfil de saúde da população, a intersectorialidade passa a ser fundamental para as políticas públicas, devendo ser incorporada nas ações incluídas nos planos de governo e garantida sua continuidade pelas políticas de Estado.

A participação da população no controle social e sobre a ação estatal, incluindo o SUS, é garantida por meios de diversos instrumentos que agregam parceiros, como o Ministério Público. Além disso, outros espaços estão constituídos como as Comissões de Seguridade Social e Comissões de Saúde das Câmaras dos Deputados e Câmaras Municipais, respectivamente, e dos Tribunais de Contas, ouvidorias, auditorias etc. (ACIOLE, 2003; BRASIL, s/d; MOREIRA, et al., 2006).

Também estão surgindo novas instâncias de controle social no cenário do setor saúde, sendo um deles os conselhos gestores locais ou das unidades de saúde. Não se reconhece nas falas dos conselheiros esses outros espaços de controle social nos municípios, podendo perceber, em alguns casos, a existência de certa intencionalidade na sua implantação, porém, de forma muito vaga e com clara expressão de dificuldades para garantir seu funcionamento.

“Não tem... ainda não... É tamo tentando,..., mas ainda não tá muito organizado pra ser feito” (TS1).

“... eu gostaria de implantar conselho gestor só que nesse momento como eu vejo que o conselho, não é atuante, não é participativo... Meu Deus, eu vou falar de conselho gestor?... não sei se seria o momento...” (G5PC5).

Uma pesquisa desenvolvida com usuários do SUS evidenciou que não há o reconhecimento da existência de conselhos gestores locais e ouvidoria (BACKES, et al., 2009). Tal constatação reforça uma premente necessidade de adoção de amplas medidas de divulgação à população, para que todos estes dispositivos ganhem visibilidade e sejam acionados rotineiramente.

Alguns sujeitos relataram a existência destes espaços colegiados nas unidades de saúde, porém ressaltaram a existência de grandes dificuldades para seu funcionamento. Um dos entrevistados aponta a necessidade da gestão da saúde acreditar no processo, conferindo a este reconhecimento, o maior ou menor êxito neste espaço participativo.

“... foi eleito uma turma para o bairro, para enfim ajudar na saúde, mas é só reclamação, não tinha nada assim de... foi tentado esse conselho gestor pra cada bairro ter uma equipe, mas depois acabou não deu em nada” (U2).

“E na época a gente conseguiu montar... em 12 unidades. Poucos continuam funcionando... uma das grandes questões é a gerente das unidades, o quanto elas acreditam nesse processo e... estimulam... Não quer marcar fora do horário de trabalho;... você não dá possibilidades para ampliar a participação,... a pauta, é muito informativa...” (G6).

“... entendo ele como uma ligação direta com o Conselho Municipal de Saúde... pode contribuir bastante pro Conselho... e vice-versa... um canal de ligação..., de comunicação...” (U6).

A articulação está apontada como fundamental “para a efetivação e/ou aperfeiçoamento do controle social no SUS” e indica diversas formas de articulação entre os conselheiros, entre os conselhos/conselheiros e a sociedade, assim como entre conselhos e outras instituições (CORREIA, 2005, p. 95).

Considera-se, no entanto, fundamental importante garantir maior visibilidade ao controle social no SUS e refletir que a importância assumida pelos conselhos de saúde ao longo deste processo tem propiciado o “encurralamento do movimento popular num espaço que muitas vezes é burocrático e de pouca representatividade” (WENDHAUSEN, 2002, prefácio).

Dessa forma aqui se apresenta o convite a que toda a sociedade civil apóie estes espaços de controle social, porém que se tenha entendimento que não é a única forma de participação para melhoria na saúde da população.

* * *

Nesta categoria buscou-se conhecer a concepção presente nos integrantes destes espaços, sendo que a partir da análise infere-se que parte destes sujeitos parece não ter a apropriação do significado do controle social tal como adotado no SUS. Das instâncias formais de controle social, o conselho de saúde tem sido entendido pelos conselheiros como fundamentais no SUS, porém o mesmo necessita ser fortalecido. As conferências de saúde têm sido compreendidas por parte dos sujeitos como espaços importantes, no entanto, apontamentos indicam que estas instâncias não têm sido utilizadas enquanto fórum de controle social. Alguns entrevistados manifestaram que o município nunca as realizou em sua história. Para parte dos conselheiros deste estudo, não há um reconhecimento de outros parceiros no controle social, o que pode gerar um sentimento de isolamento neste processo. Outros reconhecem outros espaços e consideram importante a articulação entre estes para solução de problemas, particularmente aqueles intersetoriais.

4.2.2 O exercício do papel de conselheiro

O conselheiro de saúde representa as forças sociais e a diversidade presente em uma dada comunidade e deveria trazer para este espaço seus valores, pensamentos e demandas representativas. A categoria aqui analisada aborda a representatividade dos conselheiros e sua forma

de inserção nos conselhos, e também discutiremos o exercício cotidiano desta função, além dos pontos facilitadores e entraves que são apresentados a estes sujeitos do controle social. Discutiremos, ainda, se a representatividade dos conselheiros e suas respectivas formas de inserção nestes espaços colegiados determinam de alguma forma o desempenho de seu papel.

Os conselheiros de saúde deste estudo ingressaram nestes colegiados de diferentes formas, sendo a mais recorrente por meio de convite de pessoas com influência no processo decisório do município, como o secretário de saúde e o prefeito municipal. Esse último, em alguns casos, com participação indireta. Percebe-se essa forte influência da gestão municipal sobre os diversos segmentos de representação, ou seja, usuários, trabalhadores de saúde e prestadores de serviços de saúde, podendo limitar a autonomia do conselheiro.

“... fui convidado... foi assim, um convite e eu aceitei... o convite foi feito pela atual secretária... com o aval do prefeito...” (TS5).

“... fui convidado a participar pelo presidente do Conselho Municipal de Saúde,... essa seleção eu creio que foi feita através dele e do prefeito municipal na época...” (PS5).

A partir desta constatação, pode-se fazer a leitura do poder dos conselhos de saúde, daí o possível interesse da gestão em exercer alguma influência em sua constituição.

Em algumas entrevistas com representantes de usuários, pode-se apreender uma grande proximidade com o órgão máximo do executivo municipal, com destaque para vínculos pessoais ou político eleitoral.

“... o primeiro conselho municipal de saúde e eu fui um dos membros fundadores, porque também era muito amigo..., do então prefeito...” (U1).

“... mas eu to atualmente, no trabalho com a administração atual, né?... agora em campanha, a gente tá trabalhando na campanha aí, to dando uma força...” (U4).

Estudos constataram que em vários casos esta participação da sociedade civil nos conselhos de políticas públicas deu-se por meio do chamamento dos aliados ou pertencentes à chamada rede sociopolítica, excluindo dessa forma outros sujeitos desse processo (COELHO, 2007).

Apesar do predomínio da gestão da saúde na inserção dos demais membros no conselho, há relato de usuário convidado pelo “pessoal do hospital”, demonstrando que também o prestador de serviço participa de alguma forma neste processo de escolha.

“... me convidaram e eu expliquei os meus motivos, assim, de eu não poder participar como deveria,..., faço número pra ter..., algumas pessoas convidaram e eu expliquei os meus motivos, disseram que não teria importância, queria assim mesmo... foi lá mesmo, o pessoal do hospital...” (U2).

A inserção de conselheiros por indicação de outros segmentos de representação está em discordância com as normas de organização dos conselhos de saúde e certamente gera conflitos de interesses.

Vários equívocos são adotados nestes procedimentos de constituição dos conselhos: representações desproporcionais de vários segmentos, conselheiros representantes de usuários e trabalhadores de saúde escolhidos pelo gestor de saúde e prefeitos. O poder executivo só pode escolher os representantes do seu próprio segmento, ou seja, o do governo. Os demais membros devem ser escolhidos pelos seus pares e qualquer outra forma de escolha pelo executivo, fere o “princípio básico de moral e ética. O fiscalizado não tem o direito de escolher, nomear e demitir, aqueles que o fiscalizarão” (CARVALHO, 2006, p. 75).

Para o autor o “mandato se legitima pelo processo de escolha e não pela designação do Executivo” estando condicionado a um tempo delimitado e pela legitimidade conferida pelo segmento. Dessa forma, a substituição do membro do conselho se dará ao final do mandato ou quando o segmento de representação assim o desejar. O afastamento também poderá ocorrer quando não houver cumprimento pelo conselheiro das normas regimentais do conselho. Para evitar essas inadequações a “legislação deve deixar clara a autonomia dos grupos sociais para a escolha de seus representantes” (MERCADANTE, 2001, p. 44).

Uma justificativa para o convite identificado por alguns conselheiros foi a evidência de um espírito altruísta como diferenciador para que fossem integrados ao conselho. Isso não os torna legítimos perante este espaço e de alguma forma são identificados como parceiros para auxiliar a população nas questões da saúde.

“Eu fui convidado pela... por essas pessoas por, assim, afinidade que eles tinham comigo, do trabalho já fazia junto como associação de bairro...,... me preocupo muito com as pessoas, procuro ajudar muito as pessoas,...” (U4).

“É escolhido assim..., cada bairro, a pessoa que tem um conhecimento, tudo, leva pro prefeito e..., é mais assim, escolhido as pessoas que se destacam em cada bairro...” (U5).

Isto está de alguma forma mais próxima do exercício de cooptação pelo poder público. Da mesma forma que os conselhos de saúde podem concretizar-se em avanços democráticos de participação da comunidade no SUS, também podem se tornar meramente legitimadores “do poder dominante e de cooptação dos movimentos sociais” (CORREIA, 2000, p. 63).

Esta forte interferência da gestão no processo de escolha de conselheiros pode romper o princípio da paridade, possível pela cultura política presente na sociedade,

desequilibrando o processo decisório a favor do governo. Em outra reflexão sobre cooptação, este movimento “segue diversos caminhos, sendo em muitos casos facilitados pelo próprio fascínio pelo poder que leva alguns conselheiros se perceberem como uma espécie de novos funcionários públicos” (TATAGIBA, 2002, p. 59).

Uma observação relevante foi apontada por um entrevistado, de que através de processos de capacitação tomam conhecimento de que há outras formas de inserção de membros nos conselhos e que esta informação deve atingir não só os próprios conselheiros, mas também a população em geral.

“Como eu fui pré-indicada... eu achava que era normalmente assim e eu aprendi lá que não é... tem que ter um consenso da população, ela tem que estar sabendo. Tem outras formas de nomear alguém e não pondo. Então, eu acho assim é poderoso o Conselho sim, se ele souber...” (G5PC5).

Os processos eleitorais como modalidade de escolha dos representantes para os conselhos de saúde são referidos pelos entrevistados de forma menos frequente.

“... eu vi o cartaz lá e fui me informar... estavam abertas as inscrições para o processo de Conselheiro Gestor Local e fiquei 2, 3 meses no Conselho Gestor Local... um outro cartaz na Unidade abrindo o processo,... Pra escolha de Conselheiros... me inscrevi...” (U6).

Está evidenciado também pelos discursos que esses processos apresentam dificuldades para o seu desencadeamento.

“Pra escolha de Conselheiros Municipais de Saúde... realiza-se reuniões e chama-se a participação da comunidade ali,... Mas geralmente são poucos que aparecem ...” (U6).
“... infelizmente ninguém adere a esse tipo de evento, na associação lá eu consigo pegar meia dúzia de conselheiro só, o povo não tem muita importância em participar. Todo mundo quer, na hora que tem as coisas não quer participar,... fui indicado, comuniquei, alguém se apresentasse,..., dei uns dias de espera, ninguém apareceu...” (U4).

Apesar de alguns conselhos definirem a eleição como forma de inserção dos conselheiros, um estudo de caso de um município apontou que a entidade integrante do conselho quando procede à indicação de seu representante não informa como se deu o processo de escolha (PADAVINI, et al., 2005).

A forma de escolha deverá estar documentada dando validade legal ao processo, com o registro em atas da reunião ou assembléia utilizada para esta finalidade, com o total de votantes, nomeação e assinatura dos votantes (CARVALHO, 2006).

Há duas grandes questões no desencadeamento destes processos de escolha dos membros dos conselhos. Uma delas é que a mobilização da comunidade para este processo transforme os conselhos, tradicionalmente como espaços não políticos em espaços políticos. A outra é a ampliação das possibilidades de escolha de membros mais aptos a representar a comunidades e a da eleição amplia o compromisso de eleito para com sua base de representação (WENDHAUSEN, 2002).

Dessa forma, a modalidade de inserção dos conselheiros é relevante “na medida em que tem relação com a qualidade da representação dos diversos segmentos” neste espaço democrático (WENDHAUSEN, 2002, p. 206).

Apesar da modalidade de escolha muitas vezes não ser adotada nestes fóruns, também a representatividade do conselheiro encontra inúmeros problemas. Os relatos trazem que alguns trabalhadores de saúde não têm vinculação com entidades de classe, sendo que alguns deles ocupam postos de comando no município, participando de alguma forma da gestão da saúde.

“... ocupo cargo de coordenador do programa de saúde bucal... Ele (referindo-se ao prefeito) nomeia o Secretário de Saúde e o Secretário da Saúde monta a sua equipe. Então ele vai ter um coordenador de PSF, um coordenador de saúde bucal...” (TS5).

“Mais trabalhadora de saúde, eu acho. Acho que meio a meio?... Acho que ainda pesa mais é trabalhador de saúde, porque a gente vem aqui... a gente conversa sobre os dados que a gente trabalha... Então é por isso que eu acho, que eu vejo tanto do lado do trabalhador quanto pelo conselho” (TS3).

“Nas duas situações... na verdade eu to como trabalhador, né? Mas não deixa de ser uma gestão,... se tem algum questionamento dentro dessa comissão, eu resolvo..., resolvo não, respondo,... em alguns momentos...” (TS1).

Alguns dos trabalhadores de saúde entrevistados identificam-se também como gestão, instalando nos conselhos claro comprometimento da representação dos trabalhadores, contrariando as normas reguladoras dos conselhos de saúde.

Essa “dupla militância” compromete a representação. Algumas questões podem demonstrar as polêmicas ou constrangimentos possíveis: O trabalhador de saúde ocupante de cargo comissionado vota contra o governo e a favor dos trabalhadores de saúde? Ou a favor do governo e contra os trabalhadores? (CARVALHO, 2006, p. 74)

Percebeu-se que alguns usuários reconhecem que representam a comunidade ou o bairro, porém sem identificação de entidade de representação ou relataram uma vinculação bastante difusa: “acho que é a igreja católica”. Isto pode ser reflexo da forma que o conselho foi composto, nestes casos sob convite, demonstrando que há uma fragilidade na representação.

“... eu sou usuária... de um bairro... Eu pertencço a um posto de saúde do meu bairro..... É assim, com um, com outro que eu converso...” (US2).
“Eu represento a comunidade, é usuária, né!... Acho que a Igreja Católica... e eu represento o meu bairro... Eu sou muito procurada. Pelo conhecimento e eu tenho um bar,... 30 anos no mesmo lugar,..., então os problema que tem eles me procuram... E aí eu vou procurar... o que pode ser feito,...” (U5).

Ressaltou-se nessas falas que a interlocução com sua representação não se dá de uma forma organizada, porém percebe-se que a interação com a comunidade a qual pertence, auxilia nas demandas individuais.

O conceito de representação aqui apresentado diz respeito à representação substantiva que é a que “introduz a noção de que as bases devem escolher seus representantes” (CÔRTEZ, 2009, p. 31). Assim, os representantes agem nesses espaços “de acordo com as idéias dos representados”, de modo que seja um interlocutor (WENDHAUSEN, 2002, p. 122).

Os usuários deveriam “se apresentar através de organizações sociais, como associação de bairros, sindicatos etc.” para integrarem os conselhos de saúde (ACIOLE, 2003, p. 67).

Assim, a interação dos conselheiros com suas bases de representação facilitaria a permeabilidade destas instâncias às demandas sociais na área da saúde, aproximando a gestão da saúde da sociedade quando há o direcionamento de ações coerentes as reivindicações (CORREIA, 2000, p. 102).

Em outro estudo realizado contactou-se a fragilidade dos vínculos entre os conselheiros não-governamentais e suas entidades de representação, com resultados práticos de “pouco respaldo e acompanhamento de suas ações por parte das entidades de representação”. Para alguns participantes da pesquisa, os conselheiros emitem suas próprias opiniões nas questões discutidas. Não há uma “via de mão dupla” entre conselhos e entidades, acarretando baixa visibilidade e capilaridade social o que implica em isolamento e debilidade” (TATAGIBA, 2002, p. 65).

Já os representantes dos prestadores de serviço de saúde demonstraram uma clara definição de sua representação. Pode-se concluir que isso se deve à legislação que garante a participação destas entidades filantrópicas neste espaço colegiado e a existência de poucas entidades nos municípios.

“... eu represento a Santa Casa no Conselho Municipal de Saúde,...” (PS6).

Vale apontar nesta representação dos prestadores de serviços o mesmo questionamento levantado em outro estudo. Quem representa os demais prestadores de serviços? Eles têm consciência disso? Não deveriam também compor este colegiado? (WENDHAUSEN, 2002).

Pode-se inferir a partir destes dados que as formas de inserção dos conselheiros estão equivocadas em muitos casos e que a representatividade dos conselheiros frequentemente está comprometida. O resultado disso poderá ser o conselho apartado da sociedade, pois os canais de comunicação não são legítimos e representativos, gerando um isolamento e inexistência de reais possibilidades de buscar demandas da sociedade quanto aos problemas de saúde.

A despeito das representações legítimas ou não, pode-se apreender nas falas de alguns conselheiros entrevistados que os mesmos se reconhecem como a “voz da população” ou interlocutores entre os usuários e o sistema de saúde, porém, de forma crítica relataram que existem ainda atitudes passivas no desempenho de seu papel.

“... seria um facilitador do acesso à população a saúde, uma melhoria do sistema de saúde do município..... nós do conselho..., temos a voz dessa população que não consegue chegar a esse conselho,...” (TS4).

“Poderia ser mais pro-ativo, né, eu acho que ajudaria muito aos usuários porque, poderia ser um porta voz do usuário,... até uma voz de comunicação do que o SUS tem, ... preconiza, que o SUS também tem dever pra ser cumprido; ... a baixa informação, volume de informação que chega ao usuário é que acaba degradando a imagem do SUS, as pessoas não sabem o que SUS pode fazer e o que ele deve fazer e os direitos ... e os deveres que ele tem ..., o conselho poderia ser esse intercâmbio, ... esse interlocutor,...” (G2).

Reconhecer-se como a voz da população poderia estar relacionado com o conceito de legitimidade, que se refere a “quando verdadeiramente representa as idéias de um grupo ou de toda a sociedade” (WENDHAUSEN, 2002, p. 122).

Apesar de existir a consciência de sua função no conselho de saúde, os entrevistados explicitam e indicam que sejam adotadas mudanças de atitude dos próprios conselheiros, almejando atuação mais pró-ativas frente ao desempenho de suas funções.

No prefácio do livro O duplo sentido do controle social: (des) caminhos da participação em saúde (WENDHAUSEN, 2002), Valla faz uma análise da participação popular, com alguns apontamentos que podem ajudar a entender essa dinâmica. Destaca que na relação profissional de saúde e usuário existe o mito de que a população é “passiva e apática”... O que frequentemente para o profissional é conformismo, pode ser para a população uma avaliação rigorosa dos “limites de melhoria” de suas condições de vida. O saber popular é construído a partir de suas vivências concretas e são distintas do saber dos profissionais de saúde. Um dos pontos a

serem considerados é a hiper-valorização do saber técnico que pode desconsiderar o saber popular e causar dificuldades entre as relações dos usuários com o setor de saúde. Outra questão destacada é que geralmente o convite apresentado pelas autoridades à população é para solucionar problemas até então insolúveis, tentando assim uma legitimação do governo.

Uma abordagem apresentada por um trabalhador de saúde é a necessidade de ampliação do entendimento sobre controle social da própria categoria, com a adoção de estratégias que incentivassem a participação e aproximação com os usuários.

“..., o usuário, esse controle social, nós como conselheiros, podia ter alguma coisa pra conseguir trazê-los mais, acho que ainda tá faltando, essa relação do controle social com o funcionário... se você tiver essa capacitação de conselheiro, você vai ter um outro olhar, até você tá estimulando a participação” (TS1).

Para de garantir um espaço dialógico entre os usuários e os demais segmentos de representação, há que refletir nestas possibilidades.

O estudo de WENDHAUSEN (2002, p. 214) citar que, diante de falas de usuário, independente de sua escolaridade e/ou competência, havia dois tipos comuns de respostas nos conselhos de saúde. A primeira era como se o que foi falado “se desfizesse no ar”, ou seja, o tema trazido “parecia insignificante aos que estavam presentes ou seria tão contundente que fazia com que todos se calassem”. A segunda resposta era a utilização de jargões técnicos tão eloquentes que, o “discurso competente” silenciava outros discursos.

Os usuários entrevistados indicaram a falta de exercício de participação no próprio segmento dos usuários que não atuam nos espaços existentes na comunidade.

“Teve uma reunião, dei o salão da Igreja pra reunir,... Lá poderia expor todos os,..., os usuários podia expor os problema,... Quando chegou no dia... Foi uma meia dúzia de pessoas e eu falei,..., então a saúde tá uma maravilha... Ninguém reclama ... cobra muitos os usuários, mas na hora de tentar defender, fazer alguma coisa, ninguém dá a cara pra bater, ... cada pessoa pensa mais em si mesma, ... o nosso povo precisa se interessar mais” (U5).

No estudo desenvolvido acerca de um conselho de saúde, refletiu-se sobre a baixa cultura participativa no país (PADAVINI, et al., 2005). A cultura da não participação presente na sociedade está reproduzida também nos conselheiros de saúde e população em geral e tem que ser compreendida para que se encontrem estratégias possíveis para minimizá-las, porém a recente história de participação democrática e o fato de que a simples existência de espaços dialógicos, tais como os conselhos de saúde, são insuficientes para reverter um consolidado histórico de autoritarismo (ACIOLE, 2007).

Apreende-se nas entrevistas que outros fatores podem interferir na forma com que os conselheiros exercem seu papel, dentre estes, a falta de disponibilidade de tempo e o desconhecimento sobre temas de saúde e legislação do SUS.

“... se eu tivesse um tempo maior, condições de me dedicar mais,... seria muito interessante, eu gostaria até de ajudar, mas no fundo...” (G3).

“... os nossos conselheiros eles não tem noção do que é o serviço de saúde no geral, eles não têm noção de como funciona o SUS,...” (PS4).

“... eu tenho dificuldades,..., tipo... o conselho... é muito pouco que a gente faz as reuniões, né?... quando tem reunião... acaba embolando... e a lei... eu não entendo esse negócio assim de lei... como funciona;...” (TS2).

Interessante constatar que tais fragilidades são explicitadas por representantes da gestão de saúde, prestadores de serviços e trabalhadores de saúde, dos quais se poderia esperar uma maior facilidade de acesso às informações necessárias para as tomadas de decisão.

Nas falas de um usuário, a dificuldade de acesso à informação está evidenciada, coibindo e desestimulando o adequado exercício de seu papel.

“... se eu estivesse mais a par de tudo,... eu vou no centro de saúde eu pergunto, mas as respostas são mínimas ...;... a gente tem que saber, o dinheiro que chega pra saúde, não to falando de prefeito, de... nada..., aonde é empregado, como é empregado, o benefício que traz, não é? ..., falam duas palavras, mas não respondem aquilo que a gente desejaria saber..., tem horas que eu poderia participar mais..., ... não é que eu não consigo, porque queiram fazer uma coisa sigilosa, não é, nem tem compreensão daquilo que eu preciso, ..., quem sabe se eu não faço as perguntas de uma maneira incisiva...” (U2).

“... a minha dificuldade é de se expressar,... não importa, do meu jeito, mas eu explico até que entende. (risos)” (U5).

“... a gente tem que saber, o dinheiro que chega pra saúde,..., aonde é empregado, como é empregado, o benefício que traz, não é?... tem que passar pelo conselho... , agora ta começando a vir,... se você não tem dados, não tem nada, você vai fazer o quê? Já eu não posso fazer, mas os outros têm que fazer, alguém tem que fazer” (U2).

Para um destes usuários, está evidenciada a dificuldade de comunicação entre os segmentos, sendo que em um dos relatos o sujeito aponta a busca incessante por se fazer entender, e atribuindo a si próprio esta dificuldade. Além disso, apreende-se em uma das falas um sinal de impotência e pedido de socorro.

No seu cotidiano, vários entraves interferem no exercício da função do conselheiro, dentre estes a falta de informação, que vai desde a sonegação da informação até o entendimento da linguagem adotada nos conselhos, além do acesso a capacitações específicas (WENDHAUSEN, 2002).

Uma das questões é a construção de possibilidades de desenvolvimento dos conselheiros societais, pois esses estão em desvantagens perante os agentes estatais, com suas

capacidades de entendimento da máquina administrativa e acesso a informações que os colocam a frente dos demais membros (TATAGIBA, 2002).

Neste exercício do papel de conselheiro de saúde diversas estratégias são adotadas para superar os desafios cotidianos. Alguns entrevistados relataram que se utilizam as discussões com seus pares buscando alternativas para sua solução e encaminhamento das dificuldades cotidianas ou mesmo evitando os assuntos polêmicos, em geral temas financeiros, com a preocupação evitar disputas políticas e preservando a entidade de representação.

“... sempre trocando idéia,... conversando,..., eu gosto de dizer que eu sou conselheiro do conselho... a gente conversa busca uma alternativa,... me classifico como conselheiro, ou seja, nós vamos sugerir...” (TS5).

“... eu discuti sobre a verba que tava atrasada do município... Eu procuro evitar esses..., depois se torna assim debate político. Eu procuro não envolver muito a Santa Casa nisso; ...” (PS6).

“A gente tá sempre se comunicando,... a cidade é pequena... se encontrando às vezes na rua e... acaba resolvendo problema de conselheiro... Então naquela esquina às vezes é resolvido um problema ou é provocado uma reunião extraordinária, né?!” (PC2).

Formas alternativas de comunicação ou articulações são criadas pelos conselheiros, sem qualquer tipo organização formal. Alguns relatos sintetizaram os encontros casuais e informais que ocorrem entre estes atores, nos quais encaminhamentos de questões do conselho são adotados. Pode-se supor que esse canal de comunicação tenha maior importância em municípios de pequeno porte populacional.

Considerando o trabalho em saúde, o tempo de “não-trabalho” com os trabalhadores de saúde que ocorre no dia a dia não é utilizado para elaborar projetos compartilhados. No estudo de FORTUNA (1999, p. 112) identificaram-se potentes espaços de comunicação entre trabalhadores nos quais, dentre outros frutos, é possível a construção de vínculos e de espaços intercessores nos quais pactos implícitos ganham forma. De forma similar, esses espaços denominados não autorizados parecem também eleitos pelos conselheiros entrevistados na presente pesquisa para tratarem de questões do conselho.

A importância “da articulação entre os conselheiros que defendem um projeto comum para a saúde e para a sociedade é decisiva para que se imponham suas propostas e para que determinem o rumo da política de saúde” (CORREIA, 2005, p. 94).

Nas entrevistas, verificou-se que a maioria não participou em cursos ou processos de capacitações específicas, que poderiam minimizar as dificuldades neste exercício cotidiano de suas funções.

Pode-se apreender um desejo de participação em capacitações, sendo que um deles explicitou que esta demanda é compartilhada com outros membros do conselho e que mesmo o gestor e também presidente desta instância de controle relatam dificuldades nesta função, preocupação esta que já foi demonstrada ao CGR.

“..., não fiz... os conselheiros já me cobraram que querem fazer curso..., eu já demonstrei essa preocupação em reunião de colegiado... eu preciso e eles também. Sabe, pela própria gestão mesmo,... A gente meio que... perdido” (G4PC4).

“... todo conselheiro... devia fazer. É uma pena... Ter a maioria que não tenha feito” (U3).

“... senti muita deficiência no começo,... falta um curso de capacitação sim pra conselheiro municipal..., assim que assumir o cargo,... deveria ter... capacitação” (U6).

Está relatado que tal iniciativa deveria ser garantida logo após a posse do conselheiro neste fórum. Há relatos que explicitaram que para lidar com as questões cotidianas na função de conselheiros, buscam individualmente formas solitárias e mesmo autodidatas de aprendizagem.

“..., eu leio de vez em quando o estatuto, que é através do estatuto que a gente se posiciona e conhece um pouco os deveres, as obrigações de pertencer ao quadro, né?” (U2).

“... a visão que a gente tem é do dia a dia e da participação... ce vai avaliando e melhorando,... Mas poderia ser melhor de tivesse algum tipo de capacitação... esse olhar mais teórico, porque na verdade é na pratica que você vai se familiarizando, fazendo, estruturando” (TS1).

Os conselheiros que realizaram alguma forma de capacitação específica pontuaram que estes processos trazem ganhos de conhecimento através de troca de experiência com outras realidades, e que os conhecimentos podem ser utilizados para a vida, porém também destacaram os limites nestes processos.

“Mas eu acho que aquele que nós fizemos... eu acho que foi muito útil serviu de... a participação... de várias cidades da região e isso fez com que a gente abrisse um campo assim maior na saúde a gente viu os problemas das cidades pequenas, nas cidades de porte menor,...” (PS6).

“Fui formada como conselheira e participei do processo de capacitação... A cada dois anos eles mudam... não significa que o conhecimento que o cara adquiriu ele acha não vai usar na vida dele. Mas eu acho que é desgastante... tinha que ter um processo... de educação permanente... teoria da prática... discutido em cima do concreto que é a pauta mesmo, com a documentação, que tivesse um facilitador; que não fosse da gestão diretamente ligado no Conselho...” (G6).

“... quando a gente acabou o curso, eu acho que nós deveríamos ter... pessoas, ou um, um que assim, a gente pudesse procurar quando precisasse, quando tivesse uma dúvida, entendeu? Um respaldo... Um apoio,...” (U3).

“... eu cai de pára-quedas no conselho, para falar a verdade..., não imaginava que tinha todo esse poder...; tanto que quando nós fizemos aquele curso, nós viemos com novas idéias,... estudos, nós não conseguimos colocar nada em prática...” (G5PC5).

A participação em capacitação “não levará a uma superação dessa realidade de alienação, descompromisso e manipulação”, porém proverá estes conselheiros de mais informações propiciando o “desenvolvimento de um senso crítico sobre a realidade social, política e econômica em que está inserido” (CORREIA, 2005, p. 16).

Proporcionar capacitações para conselheiros para o exercício de suas funções, com a utilização de metodologia problematizadora e conteúdos fundamentais constitui-se em movimentos institucionalizados de apoio ao controle social (ACIOLE, 2003).

Uma questão interessante destacada por um conselheiro é a utilização no processo educativo de metodologias ativas como processo educacional com grande potencial em problematizar o exercício de conselheiro e com proposição de buscar facilitadores não pertencentes à gestão local proporcionaria maior independência ao processo. Esta estratégia se sustenta enquanto forma potente para alterar a realidade, visto que, em alguns relatos de participantes nos curso de capacitação os limites estão sempre presentes.

Considerando que capacitações isoladas são insuficientes para alteração de situações desfavoráveis, há que se agregarem outras estratégias para enfrentamento de todas as questões que surgem no legítimo processo de participação.

O Ministério da Saúde e Conselho Nacional de Saúde editaram, a Política Nacional de Educação Permanente para o Controle Social no SUS, com objetivo geral de “atuar na promoção da democratização do Estado, na garantia dos direitos sociais e na participação da população na política de saúde, reafirmando o caráter deliberativo dos conselhos de saúde para fortalecimento do controle social no SUS”. Tal estratégia acoplada ao Pacto pela Saúde deverá sustentar e fomentar as estratégias de capacitações nesta e em outras regiões de saúde do país (BRASIL, 2007a).

Na prática cotidiana dos conselheiros, são diversas as demandas levadas aos conselhos de saúde enquanto fórum de discussão e acolhimento de questões relacionadas ao setor saúde.

Na perspectiva de alguns entrevistados dos segmentos gestão e trabalhadores de saúde, os temas trazidos pelos usuários muitas vezes apresentam caráter reivindicatório, com possibilidades da utilização da sua qualidade de conselheiro em benefícios individuais.

“... todas as reuniões que eu vejo: - eu sou conselheira: eu queria isso mais rápido, eu preciso disso -... mais o usuário..., existe no nosso conselho uns dois assim, que você vê que é o geral, que é o coletivo. Até de ligar nas unidades, - Tem remédio, tá faltando algum remédio? Tem consulta?” (T51).

“... sinto... dos usuários... é muito reivindicativo e muito pessoal,..., o quanto eu represento a minha comunidade,... que eu to fazendo ali como usuário, lá na minha comunidade e trazer as reivindicações... são coisas pontuais e não uma coisa coletiva” (G6).

“O usuário... sempre traz a necessidade quase que individual, ele sempre fala em nome da coletividade,... mais pelo que ele ta sentindo, do que ta precisando...” (G2).

Pode-se compreender que a qualidade da participação do usuário é fundamental para o controle social, porém, no início da discussão desta categoria de análise já se ponderou que muitos conselheiros não se vinculam a entidades de representação e, portanto, não tem espaços construídos de interlocução com sua comunidade. Tendo isto como pano de fundo, como poderiam buscar demandas coletivas para trazerem ao conselho? Como ampliar espaços de diálogo com a sociedade?

Outra questão a ser considerada é uma desmobilização social presente na sociedade civil, em especial em cidades menores, que está em consonância com a forma com que estes conselheiros são introduzidos a estes espaços de definição políticas da saúde local.

Esta situação explicita a baixa permeabilidade desta instância deliberativa, aqui entendida como a “capacidade de estabelecer um canal de recepção das demandas sociais, as quais deverão pautar as discussões e decisões do conselho” (WENDHAUSEN, 2002, p. 122).

Destaca-se nesta participação dos usuários que outro aspecto relevante identificado foi que aparentemente, em alguns casos, além da incipiente interação com a comunidade, algumas demandas são discutidas e encaminhadas fora do espaço do conselho de saúde, diretamente com o gestor municipal.

“... mas aí a gente não passa pra comunidade..., só quando surge o problema..., surge o comentário de alguma coisa... então fala o que acontece... Não é que eu defendo, eu passo o que eu ouvi, né?!... os problemas a gente vai procurando a secretária, tentando resolver, né?!... Não na reunião.” (U5).

“... muitas das vezes eu levo direto pra diretora ou com a... (nome do representante do hospital)... Ou com o executivo. Até você chegar ao conselho, sair do conselho e chegar aonde tem que chegar, estende muito... por ter essa facilidade de comunicação eu preciso às vezes ir direto à fonte...” (U4).

Esta característica presente está coerente com a natureza das demandas, que muitas vezes são individuais e urgentes “... principalmente atendimento,... uma ferida no sistema de saúde” (G5PC5, p. 15) e pela facilidade de comunicação direta com a gestão e executivo municipal ou próprio prestador de saúde.

A pertinência dessas demandas trazidas aos conselhos de saúde se refere às necessidades muitas vezes sentidas pelos usuários. O aspecto a ser considerado é que estas necessidades tornam-se exclusivas nas pautas de discussões dos conselhos, em detrimento da demais questões, inclusive não se articulando a mudança para um modelo assistencial congruente com os princípios do SUS (WENDHAUSEN, 2002).

Já os prestadores de serviços de saúde demandam ao conselho principalmente assuntos financeiros, com solicitação de recursos para investimento, entre outros. Para o representante da gestão, existe uma identidade e estratégia de união de forças entre os prestadores no sentido de terem suas demandas aprovadas.

“..., quando há a necessidade de algum empréstimo... fundo perdido,... e descontando da verba do SUS; empréstimos do BNDS... quando um vereador faz uma doação... encaminhamos ao conselho,... São questões financeiras que precisam de aprovação e alguma coisa que a gente solicita...” (PS6).

“Os prestadores vão lá resolver os seus problemas. Então assim: Você aprova o meu que eu aprovo o teu. Então, se tem um processo... aí eu vou lá e todo mundo aprova, aí o dia que tiver a outra instituição, eu fico quieta porque ela aprovou o meu,..., mas é a percepção que eu tenho de que as pessoas se respeitam, cada um é, no seu individual, com raríssimas exceções” (G6).

Este posicionamento dos prestadores de serviços nos conselhos pode denotar como uma posição de barganha, utilizando seus votos nesta arena política como moeda de troca e assim aumenta suas possibilidades estabelecimento de relações contratuais como município (COELHO, 2007).

A estratégia adotada muitas vezes pelos conselheiros não governamentais é a estabelecimento do mínimo conflito e citando Camurça, (1994:32) como lema “conseguir o máximo rendimento com o mínimo de atrito” (TATAGIBA, 2002, p. 83).

Também os trabalhadores de saúde, de forma similar ao usuário, apresentam questões individuais e não coletivas, com demandas de aquisição de equipamentos ou insumos para as unidades de saúde e implementação de ações e programas de saúde voltados para suas área específicas de atuação.

“..., melhorias, o que pode ser feito pra adquirir um equipamento, é... tô sempre buscando, como eu entendo dessa área, né! Então, a aquisição de mais instrumental, mais material, mais equipamento..., um computador... , armários, arquivos, ... buscando essa melhoria ...” (TS5).

“... trazem coisas individuais. A minha unidade tá mal, precisa ampliar... é reivindicar coisas específicas...” (G6).

Pelo baixo investimento em qualificação de desenvolvimento dos trabalhadores de saúde e pela reduzida infra-estrutura e aprimoramento para o trabalho em saúde, suas demandas ficam muitas vezes vinculadas às questões de condições de trabalho (ACIOLE, 2003).

Importante salientar que um representante da gestão (G6) apontou que a existência “... uma mesa de negociação trabalhista. Pode ser que eles reconheçam esse espaço

como legítimo... ”. Dessa forma, isso pode representar um reconhecimento destes espaços para as negociações das categorias e não do conselho de saúde.

De forma similar, uma pesquisa desenvolvida sobre o funcionamento do CNS de Saúde aborda que apesar do fórum envolver a Mesa Nacional de Negociações, pouco tempo da pauta de discussão no plenário do conselho foi despendido para estes temas indicando que este espaço pode ter reduzida importância nas discussões trabalhistas (SILVA, et al., 2009).

Em outro estudo sobre os conselhos municipais de uma região metropolitana, a participação dos trabalhadores algumas vezes assumia cunho corporativo e de defesa de vantagens salariais (CÔRTEZ, et al., 2009). Quando analisavam conselheiros representantes de sindicatos, era muito tímida sua participação, com mais ativo envolvimento em debates quando se tratava da saúde do trabalhador. Esta constatação pode estar relacionada pelo afastamento do movimento sindical das questões do SUS, considerando que suas bases estão cobertas por plano de saúde suplementar, recorrendo ao sistema público somente quando não há algum tipo de cobertura assistencial.

Quanto à gestão de saúde, as demandas levadas aos conselhos de saúde são mais informativas, no sentido de esclarecer o que está sendo realizado pelo poder público, de aprovação de plano e relatório de gestão, além de demandas oriundas de “problemas” que precisam ser encaminhados.

“... acho que eles cumprem,... têm uma clareza maior..., tanto o representante do estado quanto do município;... acho que, pela lei dura, pela formação, pela vivência de que o controle social faz parte” (G6).

“Sempre na parte mais informativa. Informando o que eles acham, se têm sugestões, sempre nessa parte mais..., relatório de gestão, o plano..., diz que tava bom do jeito que foi elaborado,... por mim, eles acharam que estava ótimo;... teve um problema sério com a Santa Casa;...” (G5PC5).

A utilização da reunião do conselho como espaço informativo, vem ao encontro da constatação decorrente de estudo anterior desenvolvido sobre o CNS, em que 39 % do tempo despendido enfocou questões informativas. Os representantes governamentais demandavam as questões de gestão em saúde que tratavam de assuntos sobre o funcionamento e relações das instâncias de gestão em saúde nos diversos níveis (SILVA, et al., 2009).

Quando se analisa a demanda levada aos conselhos, uma questão importante é a forma de organização dos serviços e do processo de trabalho em saúde adotado pelo sistema municipal de saúde.

“... o atendimento na área da saúde, ele deixa muito a desejar,..., humanizar mais... a pessoa que chega..... precisa de atenção,... e não encontra. Infelizmente” (U3).

*“... A longa espera pela consulta,..., a falta de algumas especialidades médicas” (U6).
“... facilitar o acesso a essa população às unidades,... ampliação de algum serviço,... unidades,... reforma de unidade ou então aumentar o número de posto de saúde,... falta de medicação,... material pra trabalhar,... funcionário...” (TS4).
“... o trabalhador... reclama da forma de...,... como ele trabalha na unidade... Agora, de usuário é sempre a mesma coisa. É falta de consultas,... medicamentos,... E o trabalhador ao contrário. Falta de respeito do usuário para com ele, que eles nunca entende,... como funciona,..., Porque ta faltando médico, tem fila no posto...” (G5PC5).*

Na riqueza dessas falas identifica-se a dialética atualmente presente no sistema de saúde. De um lado predomina a insistente manutenção de um modelo hegemônico adotado em muitos municípios centrado na medicalização da assistência à saúde e de outro uma insatisfação como o atual modelo opera, porém, aqui está explicitado somente o enfrentamento cotidiano entre trabalhadores de saúde e usuários nas unidades de saúde, com destaque para questões como acesso a serviços de saúde e humanização da assistência.

* * *

Esta categoria analisa que a atuação dos conselheiros tem se mostrado congruente com uma sociedade com baixa capacidade participativa e, portanto, com frágil influência nos processos de constituição destes conselhos de saúde. Muitos conselheiros relataram a inserção no conselho através da gestão de saúde, demonstrando forte ligação com o poder executivo. Alguns conselheiros de saúde parecem atuar de forma pouco articulada com suas bases de representação e também entre si, utilizando espaços informais para tais articulações. Existem dificuldades relacionadas ao conhecimento necessário sobre temas referente ao SUS e também no acesso à informação para tomada de decisão. Está sugerido também que a gestão de saúde não tem propiciado o desenvolvimento e qualificação destes conselheiros por meio de capacitações específicas e ou permanentes para aprimoramento deste exercício de forma consistente. Em geral, as demandas geradas por estes sujeitos aos conselhos de saúde estão em consonância com o modelo hegemônico medicalizado e com poucas possibilidades de alterar condições de vida da população. Já as demandas dos conselheiros trabalhadores de saúde parecem limitar-se às suas próprias condições de trabalho e a dos prestadores de saúde, na garantia dos recursos financeiros destinados às entidades prestadoras de serviços. Os conselheiros representantes do governo encaminham às instâncias deliberativas as demandas formais oriundas da gestão da saúde.

4.2.3 Aspectos jurídicos e organizacionais dos conselhos de saúde

O conselho de saúde representa uma das grandes inovações no SUS e propicia a participação comunitária formal da sociedade na construção da política de saúde. Esta categoria foi analisada sob aspectos: o que os conselheiros pensam sobre a legislação que sustenta o conselho de saúde, e sobre como estas instâncias operam com ênfase na autonomia perante a gestão de saúde.

4.2.3.1 A legislação dos conselhos de saúde

Os conselhos de saúde possuem seus arcabouços legais que regem sua organização e funcionamento e, conforme discutido anteriormente, tais dispositivos tiveram certa evolução em alguns municípios estudados acompanhando as normas nacionais. Outros ainda mantêm sua legislação da forma original sem acompanhar os avanços democráticos conquistados por muitos.

Na análise das falas verificou-se que alguns entrevistados não têm conhecimento deste aparato legal que sustenta a organização e funcionamento dos conselhos de saúde.

“... a maioria desconhece o regimento interno,...” (G4PC4).

“... nós temos, já foi distribuído,..., eu não sei quanto aos outros, mas eu não li” (PS1).

“Pelo pouco que eu li do estatuto, é boa, porque dá toda a orientação..., por que ninguém pode fazer nada que seja ao bel prazer, sem uma regra, sem uma orientação” (U2).

“Bem adequada ao município... E ela tá sustentada também nas leis estaduais, federais e do Tribunal de Contas, né?” (PC2).

“Nós temos regimento, já vimos toda a leitura dele,... Tudo funciona muito bem,...” (TS5).

Importante salientar que parte desses entrevistados indicou que não conhecem os dispositivos legais que regem o conselho de saúde, podendo-se sugerir que ocupam um espaço no qual não conhecem as regras a que estão sujeitos. Outros tiveram algum contato com a legislação norteadora dos conselhos de saúde a qual pertencem e entendem que a mesma está apropriada e em consonância com as normas nacionais.

Vale citar que, um destes sujeitos que afirma que a instância funciona adequadamente, atua em município cuja legislação considera o conselho somente consultivo. Isto pode indicar que o conselheiro desconhece a legislação ou que mesmo que, existe incompatibilidade entre a forma como o conselho opera e suas regras formais.

A criação dos conselhos municipais deve decorrer de lei aprovada pela Câmara de Vereadores, cujas normas estabelecem sua composição, atribuições e competências. Porém, necessita-se ainda de um regimento interno elaborado pelos conselheiros logo após suas nomeações e aprovado através de decreto do poder executivo. Este deve conter um detalhamento sobre a estrutura, existência de colegiado pleno, integrado por todos os conselheiros, mesa diretora e secretaria administrativa; sobre as reuniões; as votações; sobre a interposição dos recursos; sobre os

membros do conselho; sobre as comissões e assessorias externas; da alteração do regimento etc. (MOURÃO, 2001).

Alguns entrevistados relataram que os regimentos necessitam de ajustes, os quais estão em andamento, porém, com dificuldades para concretizar as modificações. Um deles relatou que o documento não reconhecia o caráter deliberativo do conselho, contrariando a legislação nacional.

“É, tá sendo avaliado... Ta no jurídico... Tempo de validade do mandato, por ser deliberativo, no regimento... é muito antigo, já era, aí essas novas mudanças, tão tendo que ser reavaliadas” (TS1).

“... no final de 2006 eu peguei essa lei e esse regimento interno... eu vi que ela estava defasada,... e fiz uma revisão e alterei algumas coisas e... Tanto na lei quanto no regimento... apresentei no conselho, o pessoal concordou quase que 100 %, aí encaminhamos para o Jurídico... Eu falei: olha, vai sair o prefeito e esse negócio não sai e nós estamos irregular... Eu já estou ameaçando a ir até no Promotor pra esse negócio desenrolar,...” (U1).

Fundamental, no entanto, que os membros tenham clareza do poder do próprio conselho em modificar o regimento interno quando necessário, mas que a lei deverá ser alterada pelo poder legislativo. Isto está explicitado em um dos relatos, cuja proposta de revisão deu-se a partir da análise de um conselheiro representante de usuário, inclusive com clareza da busca de parceiros no sentido de garantir de fato sua modificação.

Dentre as alterações necessárias está a estruturação de uma mesa diretora, porém ao que parece seria para distribuir o poder, atualmente centralizado no presidente, devido à perpetuação do comando do conselho no gestor da saúde. Também há relato da existência de um conselho de saúde sem regimento interno que ordene as regras de seu funcionamento.

“... fizemos o regimento com algumas modificações... o presidente sempre foi o secretário da saúde;... mas... se ele formar uma diretoria..., um vice-presidente,... dá mais poderes tanto para ele, como para os outros conselheiros... eu acredito que o conselho é bem dirigido pelo secretário... acho apenas... que ele deveria formar uma equipe com participantes do conselho, o vice-presidente, o secretário, tal, para que não houvesse a necessidade de... funcionários da Secretaria...” (PS6).

“... a legislação eu tentei... resgatá-la. Ela sumiu... não existe regimento interno,... Nunca teve... aí eu preciso me interar de um regimento de outro município..., um modelinho...” (G5PC5).

Na falas de alguns conselheiros, apreende-se que há certo descrédito na legislação existente e que o funcionamento do conselho independe disto.

“É bom, só que não se segue tudo certinho,... muita coisa não se segue ali... eu acho que pra ter um respaldo legal das coisas, a gente não tinha uma diretriz, né?!... o regulamento fez isso.” (U3).

“... toda lei no papel é boa..., acho que poderia ser alguma coisa mudada porque toda lei no papel é bonita, na pratica não funciona..., seguir a regra, não dá, não dar pra você seguir retinho aquilo,... ao pé da letra, há brechas,..., não dá pra ser seguido. Mas como todo cuidado...” (U4).

A legislação deve sustentar a organização e o funcionamento dos conselhos de saúde, porém há que se incorporarem as inovações necessárias pelo dinamismo existente da construção do SUS e preservando a autonomia das instâncias de controle social. Verifica-se que vários conselhos não têm regulamentos compatíveis com as legislações infraconstitucionais e não sendo significativo para os próprios conselheiros.

As normas nacionais podem ser consideradas como decisivas na criação e na organização dos conselhos de saúde no país, porém são insuficientes para garantir seu adequado funcionamento e seu adequado exercício no contexto municipal (CÔRTEZ, et al., 2009).

Uma das dificuldades relacionadas aos conselhos de saúde são questões sobre descumprimento da legislação existente e deficiente, representação errada dos vários segmentos legais, confusão entre o papel deliberativo e executivo. (CARVALHO, 2006).

As questões da legislação que regem os conselhos de saúde devem constituir os programas de capacitações de conselheiros, no sentido de subsidiar processos de criação, organização e funcionamento dos conselhos; proporcionar a compreensão da sua dinâmica interna para melhor organização etc. (CORREIA, 2005).

4.2.3.2 A organização dos conselhos de saúde

A existência de espaço físico privativo do conselho de saúde ainda não é uma realidade em muitos conselhos atualmente. Apreende-se pelas falas dos conselheiros que utilizar diversos espaços, acarreta incômodo, inclusive podem influenciar nas decisões a serem tomadas por este fórum.

“... hoje nós não temos sede,... estrutura nenhuma. Tudo que nós necessitamos, seja xérox, seja comunicação,... telefonema,... internet, nós temos que recorrer à Secretaria de Saúde,... o conselho ele precisa de uma sede, de um funcionário lá” (U6).

“... a gente fica conforme tem mesa, sala,... e faz a reunião... às vezes é na câmara municipal que é um lugar muito complicado, cheio de ouvidos e quando era na prefeitura então, pelo amor de Deus, ... o prefeito abria a porta e ia tomar café dentro da sala, às vezes ele se convidava pra participar e aí ele influenciava na tomadas de decisão do conselho,...” (TS4).

Percebe-se que tal precariedade de infra-estrutura gera inúmeros problemas, como a falta de visibilidade do conselho, inexistência de um espaço de escuta reconhecido pelos próprios conselheiros e pela comunidade e itinerância, quase que mendicância, sujeita à disponibilização de locais para reuniões.

“... o conselho deveria ter um local... Ultimamente,... tem sido fixo nesse local,... é um espaço cedido... não tem muito lugar para público,... a partir da divulgação disso, esse pessoal de bairro pode arregimentar um pessoal que quer reivindicar alguma coisa e levar...” (PS6).

“... usa diferentes espaços, conforme tenha um lugar disponível;..., às vezes é 2 ou 3 no mesmo lugar, depois muda, né..., precisaria ter um lugar onde ficasse tudo e a gente pudesse ... ir, dar uma olhada, ver, como está, com o telefone, computador, ...” (U2).

“Nós não temo estrutura... eu fico impedido de fazer ouvidoria, porque não tem local” (PC2).

A escolha do local onde o conselho se reúne pode de alguma forma determinar seu funcionamento. Na experiência relatada no estudo de WENDHAUSEN (2002, p. 206) há um relato que no momento de formação do conselho, houve uma preferência inicial para que as reuniões ocorressem em espaços plurais, ou seja, sedes de sindicatos, associações etc. Posteriormente, por sugestão do secretário de saúde passou a ser realizada no espaço da Secretaria de Saúde. Esta iniciativa afastou o conselho das comunidades trazendo-o mais perto do espaço da secretaria e por extensão, acaba trazendo-o “cada vez mais para o espaço técnico, espaço de saber/poder onde os dispositivos de poder vão ficando mais e mais ajustados”.

Relatos dos entrevistados apontaram que a inexistência de espaço físico definido acarreta a guarda inadequada dos documentos do conselho, chegando até mesmo a ficar depositada na casa dos conselheiros. Em suma: “A dependência e desorganização funcional... corroem a consolidação dos CMS como instituições que viabilizem a participação deliberativa...” (MOREIRA; ESCOREL, 2009, p. 800).

“... nós não temos um espaço,... Deve ter,... Uma prateleira que fica os documentos,...” (U5).

“... estrutura administrativa fica concentrado num escritório... na casa dele... Quer dizer, toda documentação do conselho ela sai pra reunião e volta pra lá...” (PC2).

Percebe-se também que já existe algum movimento de conselheiros para solução deste grande entrave visando garantir um espaço exclusivo e com infra-estrutura adequada para seu funcionamento.

“... deixar uma sala própria... tá amadurecendo essa idéia... é difícil, você vem, monta toda uma estrutura, um outro prefeito vem e cancela... é uma necessidade importante porque você precisa de um ofício, um Conselheiro precisa encaminhar um ofício pra secretária, então nesse espaço, ... idéia é de deixar o computador montado... o próprio Conselho já tem, pra não ficar entrando dentro da sala do Secretário...” (TS).

A pesquisa denominada “Monitoramento e Apoio à Gestão Participativa do SUS” identificou a situação nacional no universo de 98 % dos CMS do país, evidenciando o panorama destes fóruns deliberativos. Quanto à estrutura física e equipamentos, identificou-se que 81 % com CMS não possuem sede, 69 % não possuem computadores e 52 % dos conselhos não tem acesso a Internet. Quanto à linha telefônica, identificou-se que 63 % deles possuem linha telefônica. Na estratificação por porte populacional, o estudo identificou que nos municípios com porte populacional acima de cem mil habitantes esta situação sofria uma grande modificação (MOREIRA; ESCOREL, 2009).

De forma similar, o estudo desenvolvido em uma região metropolitana constatou que 64 % dos conselhos municipais de saúde não possuíam local próprio para o desenvolvimento de suas atividades, ocasionando falta de autonomia/dependência relativa à gestão local. Isto demonstra de um lado o desinteresse do poder público municipal em suprir tais necessidades básicas e, de outro lado, a baixa capacidade de negociação, ou seja, limitado poder em pressionar as autoridades nesta garantia de condições de infra-estrutura para seu pleno funcionamento (CÔRTEZ, et al., 2009).

Pode-se, no entanto refletir que a existência do espaço físico é importante, mas não fundamental e nem suficiente para que proporcione a circulação do poder entre os conselheiros de saúde, como aponta a autora:

“... observei que as cadeiras dos conselheiros eram dispostas em fileiras, ficando o presidente à frente das mesmas, geralmente acompanhado de um assessor... tinha um caráter bastante formal... o presidente sentado em uma mesa enorme e distante dos conselheiros... este aspecto ritualístico das reuniões contribui para que o poder no Conselho circule pouco entre seus participantes” (WENDHAUSEN, 2002, p. 202).

A despeito destas dificuldades, alguns avanços foram relatados por vários conselheiros de saúde como a iniciativa de programas de inclusão digital nos conselhos, porém necessitam de serem realmente conhecidos e acompanhados para garantir sua apropriada utilização.

“Nós vamos receber um computador aí... outros equipamentos que virão... antena parabólica, TV, TV pra vídeos conferências, é, fornecido pelo Governo Federal... através do Programa de Inclusão Digital... E nós não temos aonde instalar. Falta uma sede pro Conselho” (U6).

“Eles ganharam agora um dentro do programa da gestão participativa;... nem sei onde é que está... Se você tivesse uma sala... um espaço, um computador lá aberto, pra acionar a hora que ele quisesse, do Conselho... com o apoio de um funcionário administrativo” (G6).

Com esta precariedade de infra-estrutura vivenciada por todos os conselhos podem-se verificar nos conselheiros de saúde entrevistados posturas mais negativas com questionamentos que tal realidade seja alterada, e outras mais otimistas em que aparecem alternativas inovadoras como a proposta de união dos conselhos municipais existentes. Esta alternativa pode ajudar a integração entre estas instâncias promovendo trocas de experiências e potencialização de seu funcionamento.

“Foi comentado isso, que a gente aqui precisaria um local pra reuniões... Então, foi comentado isso, que teria que ter um computador pra gente ter acesso, né?... Ficou só assim, precisa, mas ainda não aconteceu...” (U5).

“E ele (referindo-se ao prefeito) deu estrutura... uma casa dos conselhos... tem uma secretaria, tem um computador, tem alguém que organiza as reuniões, que dá infra-estrutura... para todos os conselhos...” (G6).

“A gente vai pedir para o prefeito uma sala... falamos assim que nós poderíamos unir os outros conselhos... fazer uma parceria com os demais” (G5PC5).

O apoio técnico presente nos conselhos de saúde atualmente está pautado nas instâncias gestoras do SUS em âmbito regional e local perpetuando sua dependência no desempenho de suas funções.

“Tem a parte jurídica, parte financeira, então é levado pra cada setor e aí avaliado e trazido de volta pro conselho” (TS1).

“O apoio técnico é a DIR, né? Araraquara..., quando precisa, eles orientam, dão colaboração...” (U2).

Segundo os relatos de alguns entrevistados, comissão ou grupo de trabalho, que poderiam propiciar mais consistência e aprofundamento das discussões temáticas nas reuniões dos conselhos de saúde ainda não está instalado. Já aquelas que existem, aparece uma percepção positiva quanto à sua atuação no apoio ao trabalho do conselho.

“... nós temos várias comissões,..... é importante o entrosamento das comissões. Uma reunião à parte, as comissões sugerem isso, a comissão de divulgação isso,..... uma comissão que fiscaliza a Santa Casa... é necessário..., que se acompanhe isso” (PS6).

“... comissão de avaliação de contas... foi escolhido quem,..... queria participar, aí tem a parte do usuário, de trabalhador, os usuários fazem visitas nas unidades, tem o crachá... Todo mês tem alguma dupla ou duas duplas... visita em unidade,..... até a secretaria solicita – cês não querem dar uma olhada..., em outros momentos é feito sem ser solicitado” (TS1).

Nos locais com muitas comissões instaladas apareceu à defesa de redução do seu número e o estabelecimento de grupos de trabalho com tarefas e prazos de execução específicos.

“... é muita comissão... as pessoas não têm espaço em suas agendas para ficar participando de tudo isso;... e é sempre os mesmos que ficam... Eu defendo grupo de trabalho... com começo, meio e fim,... Não ter comissão permanente” (G6).

A autonomia necessária para o adequado desempenho do conselho de saúde está também relacionada com as condições administrativas, financeiras e técnicas suficientes para seu funcionamento providas pelas secretarias de saúde (WENDHAUSEN, 2002).

Em estudo de MOREIRA e ESCOREL (2009, p. 801) sobre conselhos municipais de saúde em abrangência nacional, a dimensão autonomia obteve os piores resultados, sendo que em todos os itens avaliados, exceto linhas telefônicas, os demais tiveram desempenho negativo.

De acordo com a Lei nº 8.142, “os municípios, estados, Distrito Federal e união deverão criar e manter funcionando seus respectivos conselhos”, porém não está previsto nenhum tipo de sanção para aqueles que descumprirem essa obrigação, não favorecendo processos de garantam seu provimento (MOREIRA; ESCOREL, 2009, p. 799).

Pode-se inferir que pela realidade enfrentada por estas instâncias de controle alguns embates estão presentes considerando-se um poder já instituído representado pela gestão da saúde e um poder que se institui – os conselhos de saúde - que se fortalecem enquanto instâncias partícipes do processo de tomada de decisão (ACIOLE, 2007).

As modalidades de escolha do presidente demonstram a abertura dos conselhos sobre a possibilidade de outros membros poderem exercer o comando destes fóruns deliberativos, conforme regulamenta a Resolução nº 333 do CNS. Parte dos entrevistados relata que o secretário de saúde é o presidente do conselho de saúde e apreende-se também que existe uma falta de conhecimento dos conselheiros sobre tal situação, inclusive com aceitação de forma natural para alguns. Um dos relatos apontou uma tentativa sem sucesso de alterar a legislação e certo inconformismo com essa situação.

“... o Secretário de Saúde, automaticamente já é o presidente. Eu entendo assim. Como eu nunca perguntei sobre isso...” (PS1).

“... o presidente é o secretário” (TS1).

“Aqui..., o regimento..., o secretário de saúde seria o presidente e aí a gente tentou até mudar isso, mas não conseguiu... tem muita coisa pra adequar, nós conseguimos fazer só um adendo na legislação...” (TS4).

Alguns conselhos de saúde adotam o processo eleitoral como modalidade de escolha do presidente, e nas falas dos entrevistados apreende-se que isto é um processo novo, com várias dificuldades para seu desencadeamento, inclusive com problemas para a definição de chapa para participar do pleito.

“... só teve a candidatura da... como ela não conseguiu vice, ela não registrou a chapa... Aí ele pôs a chapa dele... você sente que eles preferem que seja alguém da gestão ...Por conta de organização, de infra-estrutura... a gente precisava garantir uma estrutura para que a gente motivasse as pessoas e apoiar formalmente isso...” (G6).

“... foi apresentado uma chapa..., mas... por isso ou por aquilo uma não foi aceita, a outra não foi aceita, continuou do mesmo jeito, com os mesmos presidente e secretário geral... Teve votação, mas assim: sim, não, quem tiver de acordo levanta a mão, foi isto... na própria reunião do conselho” (U2).

Observa-se em alguns relatos que há certa preferência para a manutenção da presidência a cargo do secretário de saúde, sendo que alguns entrevistados explicitam que isso pode estar relacionado à atual inexistência de organização e infra-estrutura autônoma do conselho. Também se deve destacar que a eleição por voto aberto, relatada por um conselheiro pode gerar certo desconforto ou constrangimento durante o processo, favorecendo a eleição de candidatos alinhados ao poder vigente.

Destacam-se nas falas abaixo, que há processo de escolha do presidente em alguns conselhos de saúde, porém, nesses locais, a legislação analisada anteriormente prevê que o secretário de saúde seja o presidente do conselho. Apreendem-se desses dois conselhos de saúde, que, mesmo contrariando a situação local vigente, houve uma tentativa de legitimação do presidente através dos membros do colegiado.

“É feito uma reunião onde indica-se um nome e por aclamação, dos demais membros do conselho, nós deixamos ao cargo...” (TS5).

“... foi eleição..., eles não aqui tinham conhecimento de que deveria haver uma eleição pra presidente do conselho,..., eles fizeram eleição e me nomearam da mesma forma... foi uma mesa aberta, uma reunião comum e eles entenderam por bem que deveria ser a diretora mesmo do departamento...” (G4PC4).

Este movimento de democratização dos conselhos de saúde com alteração da coordenação dos conselhos de saúde que ocorreu em alguns locais, de acordo com depoimentos de entrevistados do segmento gestão de saúde, apresenta-se como um saudável exercício de cidadania, porém geradores de desconforto ao executivo local que não mais detêm o comando destes fóruns.

“... eu acho que é muito saudável pra política social, é um pouco desconfortável para o,... o prefeito,..., saudável para o crescimento, para o desenvolvimento de uma política social,...” (G2).

“Havia um entendimento até das pessoas que o Secretário que deveria ser o presidente, né?... eu acho que isso faz parte... até da cultura que a gente tem... pode um usuário ser presidente do conselho? Olha, claro que pode. Tanto pode que ele participa, é um pouco... de conservadorismo... Os conselheiros..., eles são todos iguais..., eles podem querer ser presidente,... é um espaço de construção, um espaço novo... como lidar com essa questão da democracia,... da cidadania,..., Todos têm um voto,... direito à palavra,..., acho que faz parte da história recente do nosso SUS..... se tiver um tempo maior de mandato,... pra que as pessoas possam ir se empoderando e exercendo..., esse papel...” (G6PC6).

Um dos entrevistados aponta que a manutenção deste espaço político sob o comando da gestão se deve à recente participação em processos democráticos e ainda uma questão cultural, além de reconhecer as dificuldades dos próprios executivos municipais em aceitar e fomentar tal participação. Este posicionamento está coerente com a manutenção nos dispositivos legais locais dos conselhos, contrariando a recomendação do CNS, não permitindo processos democráticos de escolha do presidente do conselho e ao mesmo tempo, não propiciando espaços para empoderamento destes conselheiros para exercício pleno de sua cidadania.

A legislação local nas esferas de governo é que determina como se dará a escolha da coordenação deste órgão colegiado. No seu entendimento de um dos autores, a presidência será ocupada pelo dirigente da esfera de governo, ou por um membro eleito entre os seus pares, ou eleito exclusivamente pelos usuários. Caso haja eleição, deveria ser somente entre representante do segmento dos usuários, pois se há questionamento de que governo possa ser candidato, também os representantes dos trabalhadores e prestadores não poderiam estar presentes considerando que são diretamente financiados pelo sistema (CARVALHO, 2006).

Esta situação pode se modificar como observou CÔRTEZ et al. (2009) que somente 15 % dos conselhos municipais da região metropolitana, o gestor de saúde ocupa a presidência do conselho de saúde. A explicação para este fato deve-se provavelmente aos altos padrões de “associativismo e interesse por política” presentes nestes locais.

No país, em 66 % dos conselhos municipais de saúde a presidência do conselho está a cargo do gestor municipal. Esta situação só se modifica nos municípios com porte populacional acima de um milhão de habitantes, onde os usuários com presidente passam a ter destaque. Interessante neste estudo que em 70 % dos municípios aponta-se existência de eleição para escolha do presidente (MOREIRA; ESCOREL, 2009).

Mesmo nos locais onde o presidente do conselho não é o secretário de saúde, a pauta do conselho ainda tem grande participação da gestão de saúde. Em um dos relatos dos entrevistados nesta pesquisa, apontou-se que nunca houve demandas trazidas pelos demais conselheiros,

denotando de forma geral uma postura passiva dos conselheiros frente a este espaço e em dissonância com afirmações anteriores de que seria a “voz da população”. Está citado, ainda, que todos deveriam demandar questões para a instância colegiada, inclusive os conselhos gestores declarando uma percepção do papel do conselheiro.

“Eu nunca vi ser inserido uma pauta trazida pelos conselheiros...” (G6).

“Com certeza, acho que a Secretária da Saúde, né?” (U5).

“... acho que todos deviam, tem alguns que fazem perguntas,... Mas quem decide o que vai ser tratado são eles; porque eles têm muita informação da prefeitura,... que precisa ser discutida pra ver se é viável...” (U2).

A definição da agenda é apontada como um indicador da participação dos membros presentes neste espaço deliberativo ou arena política. Conselheiros apontaram que a forte influência da definição da pauta pela secretaria executiva do conselho devia-se a vinculação funcional da mesma ao órgão executivo. A pauta passou a ter maior participação dos outros conselheiros após a criação de uma comissão junto à secretaria executiva que passou a comandar este processo de definição dos temas a serem discutidos. Como resultado, apesar de ainda ser predominante a participação da gestão, os membros eram ativamente participantes deste processo (SILVA, et al., 2009).

A pesquisa desenvolvida demonstrou também a elaboração da agenda de discussões como indicador da influência dos atores, com resultado de 37 % dos conselheiros referindo o presidente com papel fundamental neste processo, 33 % atribuíram a secretaria de saúde e 30 % à mesa diretora (CÔRTEZ, et al., 2009).

Em outro estudo, que analisou vários conselhos, a “imposição unilateral” do Estado tem preponderado na inclusão dos temas de interesse em pauta, e isto se deve aos regimentos internos a garantia desta definição a quem preside o fórum ou a pessoa indicada por ele. Isso torna explícita a centralidade da pauta dos conselhos no poder executivo (TATAGIBA, 2002, p. 77).

Os próprios usuários apontam que as demandas não são previamente discutidas, por não existir uma base definida de representação, e com a agravante dos temas serem conhecidos somente na própria reunião do conselho.

“... tem as reuniões e eu falo no bairro, eu falo com eles algum problema ou alguma sugestão ou algum elogio... eu gosto sempre de elogiar, tanto eu critico de uma maneira positiva, como não. Eu me alheio a... coisa pessoal ou política, e gosto de falar aquilo que eu acho que é;..., o que eu posso levar no conselho e esclarecer alguma coisa ou dar uma opinião pra melhorar. Eu tinha até uma faxineira, fala tal coisa no ...” (U2).

“Vai passando os problemas e no conselho quando a gente se reúne, então aí vem todos os problemas e a gente vai se organizando, né?! Vai passando os problemas, vai discutindo.” (U5).

Na dinâmica das reuniões adotada em alguns conselhos estudados, as demandas dos conselheiros são tratadas através da palavra livre, que agregado aos informes, ocupa muito espaço da reunião, dificultando os encaminhamentos e discussões adequadas dos temas pautados. Sugeriram propostas de adoção de um espaço informativo para propiciar um canal de comunicação em outros espaços extra-reunião e conferiu a gestão à responsabilidade pela dinâmica da reunião.

“... não sei... se a população..., os usuários estão acostumados com esse paternalismo ou alguém trás pronto... cabia a gente conduzir uma coisa diferente... O informe e a palavra livre ocupa um tempo grande... pra discutir,... pra deliberação, passa rápido. Com a reunião esvaziada,... acaba aprovando coisas com a minoria...” (G6).

“... a palavra livre, né? Que é onde os conselheiros trazem também as suas dúvidas e nós como trabalhadores de saúde nós podemos contribuir...” (TS4).

Estes dados vêm ao encontro ao estudo anterior em que conselheiros criticavam o excessivo tempo despendido em outros temas, tais como informes e discussões, sobre o próprio controle social em detrimento a discussões de temas como “organização dos serviços de saúde ou a execução orçamentária de projetos” (SILVA, et al., 2009, p. 92).

Relevante ainda é apontar que para alguns conselheiros as reuniões transformaram-se em espaços burocráticos com finalidades de referendar as demandas da gestão local.

“... todas as vezes que tem reunião, a pauta já... definida. Então, é pra aprovar balanço disso,... raramente você leva um problema” (PS4).

“... ninguém consultou pra saber uma coisa pra colocar em pauta. Depois vem lá um calhamaço assim de papel, números, valores enormes de verbas, pensão, repasses e sabe?! E tem a verba a pagar,... Eu não sei nada e a gente já pediu várias vezes... acaba nem dando atenção, relaxa em cima daquilo” (U4).

Existe uma relação estreita entre o processo de formação dos conselhos e seu funcionamento, ou seja, quanto maior for o interesse em habilitar-se para o recebimento de recursos financeiros, tanto maior o grau de formalidade presente nesta instância (ACIOLE, 2003).

Algumas iniciativas foram apontadas pelos entrevistados visando modificar tal situação como oficina de trabalho na quais foi está temática do papel do conselheiro, e sua participação nas reuniões trazendo demandas de seus segmentos etc.

Apreende-se nas falas de alguns entrevistados, o desconhecimento de que estes espaços são abertos à participação da população nas reuniões plenárias, denotando novamente falta de informação sobre o que é conselho de saúde como espaço de controle social e não propiciando a inclusão de outros parceiros neste processo.

“... não sei... com sinceridade, se é aberto ou não. Preciso procurar saber. Se... responder eu vou tá mentindo... Posso te fazer uma pergunta?... O conselho tem que abrir essas reuniões pro povo, ele é obrigado a abrir ou não?” (PS2).

Alguns sujeitos abordam que existe alguma forma de divulgação das reuniões em rádio, jornais, fixação de comunicados em unidades de saúde, porém, a população ou algum grupo só se mobiliza a participar quando tem algum interesse específico.

*“São poucas às vezes... ficam sabendo, mas não tem muito interesse de participação ativa na reunião... Eu acho que... coloca estes mesmos ofícios da pauta em... unidades...” (TS3).
“É colocado, falado na rádio..... nunca apareceu ninguém..., durante o mês é falado..., na rádio e no jornal,...” (TS1).
“... eu sei que é convidado gente da comunidade,... teoricamente é pra ser aberta... Se a gente que é conselheira só sabe um pouquinho antes, como que a população vai saber?” (PS4).*

A realização de reuniões dos conselhos abertas à população não está prevista em nenhuma legislação nacional, porém, isto é decorrente de “um princípio democrático dos órgãos públicos”. Portanto é fundamental que seja definido no regimento interno de cada conselho de saúde como deve ser esta participação dos cidadãos, regulamentando o direito à voz (CARVALHO, 2006, p.81).

Na pesquisa em âmbito nacional, identificou-se que no país, 87 % e 76 % dos CMS têm reuniões abertas a população e direitas à voz respectivamente. Nesta variável, as reuniões abertas partiam de no mínimo 74 % dos municípios e o direito a voz de mínimo de 83 % atingindo 100% nos municípios com portes populacionais acima de um milhão de habitantes (MOREIRA; ESCOREL, 2009).

Aqui se pode fazer reflexões distintas entre permitir que as reuniões dos conselhos sejam abertas e com direito à voz e de fato a população aderir e participar ativamente deste fórum, fato este explicitado em algumas falas dos entrevistados da região como não acontecendo.

Quanto à publicização das decisões do conselho de saúde, pode-se apreender das falas dos sujeitos entrevistados que esta não ocorre de forma sistemática, sendo em geral disponibilizadas em atas, não sendo transformadas em deliberações e com plena divulgação. Um dos entrevistados declarou que somente o fato de divulgá-las, não legitima a decisão tomada pelo conselho. Questiona quais condições foram dadas aos conselheiros para que estes decidissem de forma consciente.

“As decisões entram na cópia da ata da reunião anterior...” (PS6).

“... publicar no jornal, eu acho que é uma falsa aparência de transparência. ... eu coloco lá: aprovaram, apreciaram o processo ... tal. Significou o que isso? O quanto isso dá acesso para as pessoas, com antecedência, para as pessoas trabalharem... Não é resolução; é a ata... e fica arquivado lá no gabinete... Eu nunca recebi nenhuma deliberação, nenhuma resolução... Acho que devia ser por deliberação e divulgada na...” (G6).

A baixa visibilidade da agenda e das decisões adotadas pelos conselhos de saúde faz com que estes fóruns não se constituam na “caixa de ressonância” ou como foi denominado por alguns conselheiros, a voz da população (WENDHAUSEN, 2002, p. 251).

Apesar deste processo ainda estar muito incipiente, destaca-se a necessidade de dar visibilidade à população do trabalho do conselho e de seus representantes, além do acompanhamento direto enquanto cidadão da política pública de saúde local. São diversas as formas de articulação dos conselhos e a sociedade, através da criação de canais de comunicação que apreendam as demandas da população e ao mesmo tempo divulguem questões inerentes ao Controle Social. Alguns canais participativos já adotados ou em desenvolvimento são as ouvidorias, disques-denúncia, plenárias, boletins informativos e outros, inclusive a divulgação das reuniões “já que estas são abertas à participação popular” (CORREIA, 2005, p. 95).

* * *

A criação dos conselhos de saúde em todo país não está associada ao envolvimento de forma igualitária de todas as forças sociais neste processo. Dessa forma, parte destes fóruns somente é utilizada para legitimar decisões já tomadas pelo poder executivo e em outras se inicia legítimos processo de participação da sociedade nas políticas públicas. Posturas autoritárias do poder público estão permeando de várias formas este processo. Aqui nesta análise, encontraram-se legislações inalteradas desde sua criação e inadequada para sustentar um conselho mais democrático, e isto em alguns casos sem o reconhecimento pelo próprio conselheiro já que não tem apropriação destes instrumentos reguladores. Em outros casos, detectam-se dificuldades em alteração destes dispositivos legais, com um objetivo implícito de manutenção da situação de domínio destes espaços. Também quanto à infra-estrutura para seu adequado funcionamento, limitação da autonomia está declarada. Há o reconhecimento desta situação por muitos conselheiros entrevistados da inexistência de espaços estruturados que permitam o exercício efetivo do controle social e geradores de inúmeras dificuldades no cotidiano destes fóruns. Várias iniciativas estão presentes sendo citadas pelos entrevistados, podendo-se vislumbrar sua modificação se houver mobilização efetiva de seus membros. A manutenção deste espaço presidido pelos gestores ocorre

pela manutenção na legislação de que este espaço deva ser coordenado pelo gestor de saúde ou pelo reconhecimento de alguns conselheiros que esta situação assim deve permanecer. Para concluir, pode-se declarar que ainda os conselhos estão sob ajustado controle do Estado nesta região de saúde, porém algumas inquietações mostram-se presentes nestes fóruns e que agregadas a outras iniciativas mais abrangentes podem modificar tal *status*.

4.2.4 Efetividade e perspectivas do controle social

A análise dos resultados ou impactos da atuação dos conselhos de saúde na melhoria se saúde da comunidade é muito difícil de ser conhecida, podendo somente ser feita tentativas, pois diversos fatores interferem nesta questão (TATAGIBA, 2002).

Aqui se pretende identificar a percepção dos sujeitos sobre o resultado da atuação dos conselhos de saúde, além de conhecer as inovações e estratégias desenvolvidas por estas instâncias buscando o enfrentamento das questões cotidianas apresentadas e vivenciadas e que estão sendo consideradas positivas podendo ser adaptadas em outros fóruns. Esta identificação poderia ser utilizada como um subproduto deste estudo propiciando e incentivando novos arranjos e modos de resolução dos problemas a serem enfrentados. Também se esperam apreender desafios já reconhecidos, além das perspectivas para o controle social nesta região de saúde, para que se possam vislumbrar estratégias de desenvolvimento mais efetivo deste processo.

Alguns conselheiros entrevistados de um município relatam que o controle social traz impacto para a assistência prestada ao usuário e no processo de trabalho das equipes de saúde, inclusive nos redirecionamentos no modelo assistencial adotado no município.

“A saúde é um dos bens mais importante que o ser humano tem. O conselho e a secretaria municipal de saúde têm uma grande preocupação com isso tudo... um ponto importante a destacar foi na prevenção,..., o trabalho executado pelas agentes de saúde dos PSFs... o trabalho de conscientização, basta ouvir o povo, já sai mais, já vai procurar, não está doente, mas vamos fazer um controle,... Porque você tem o povo saudável, você fica mais tranquilo,... não tem você tem problemas com atendimento, com medicamento..., a prevenção é uma grande arma, a, é um bom remédio,...” (U1).

“... as decisões... Que o conselho tomou..., por exemplo, a maneira de atendimento dos médicos,..., no Pronto Socorro... as pessoas iam,... formava fila... A ambulância ah, ia buscar..., ia levar o paciente,..., muita coisa,..., foi mudado... entra no Pronto Socorro só se for uma emergência mesmo. Todo mundo é atendido, mas exame de rotina é... pelos PSFs,...” (PSI).

De forma geral, para os segmentos do trabalhador de saúde, prestador de serviços e gestão, a atuação do controle social reflete na melhora a assistência à saúde, à medida que as reivindicações dos usuários acarretam a tomada de providências visando à solução da questão.

“... atendimento tá muito mais humanizado, né... a gente conseguiu através do conselho, de mudar a realidade,... um pouco a infra-estrutura, o atendimento na unidade...” (TS3).

“... é nas unidades de assistência que você tem um entendimento melhor... eles reclamam, trazem na unidade, eu anoto tudo... vou apurar, pra checar,... o que tá acontecendo. Discuto no sentido de melhorar e trago o retorno...” (G6).

“... esse pessoal que representa os bairros eles reivindicam muito a favor do usuário..., muita coisa certa e básica. Eles não falam... no chute;...” (PS6).

A despeito das melhorias relatadas por alguns usuários, resultados positivos foram conquistados, porém estão aquém do esperado e poderiam ser melhores. A complexidade do setor saúde está posta como fator dificultador para a solução dos problemas de saúde. Também apontam que o conselho tem pouca efetividade e que atuam mais de forma reativa não assumindo o protagonismo necessário para impactar a saúde da população.

“... altera, altera sim. Menos do que poderia,... melhora, mas eu acho que ainda poderia...” (U2).

“Não chega a ser aquele..., né! Mas eu acho que ajuda bem. Mas, é meio devagar, né! (risos)..., não sei... eu acho que é uma das secretarias mais complexadas,..., porque envolve a doença, envolve os idosos, a criança,... muito difícil pra...” (U5).

“... ele tomou as decisões de projetos que a gente apresentou,... o conselho não foi pro-ativo, ele foi mais reativo... essa interferência é muito sutil, se tiver algum gestor público ruim ele pode fazer uma boa diferença, mas se o gestor público for bom, a diferença vai ser muito sutil ou imperceptível” (G2).

“... o conselho faz o mínimo do que ele deveria fazer o mínimo...” (G3).

“... só que não são concluídas,..., um exemplo..., tem um problema X, o conselho determina que é tal coisa pra fazer, passa um tempo, aquela coisa ainda não foi feita, entendeu?” (PS4).

Os avanços legais, com a criação do SUS, incluído “a implantação dos conselhos de saúde” não têm obtido os resultados efetivos na modificação dos serviços de saúde, exceto em casos isolados. Relata ainda que um dos efeitos mais nefastos deste processo é a “culpabilização da vítima” atribuindo aos indivíduos questões determinadas pela inoperância dos serviços (WENDHAUSEN, 2002, prefácio).

Como já discorrido anteriormente, importante relatar que alguns conselhos participam positivamente no encaminhamento de proposições e exercem a fiscalização sobre a utilização dos recursos financeiros e avaliação dos resultados das políticas de saúde. No entanto, também se ressaltam os relatos que demonstram certa passividade dos conselhos frente as suas próprias decisões, deixando exercer uma de suas principais atribuições, ou seja, fiscalizar a execução da política pública locais.

De acordo com VIANA e BAPTISTA (2008) o estabelecimento das políticas públicas pode ser desmembrado em cinco fases: 1) o reconhecimento do problema com sua inclusão em uma agenda política; 2) a definição de propostas de soluções com a formulação de formulação

da política; 3) a tomada de decisão com a escolha da solução para o problema; 4) a fase de sua implementação e; 5) a avaliação da política com o monitoramento dos seus resultados.

Pelos relatos dos sujeitos, parece que as discussões paralisam-se na identificação dos problemas, que são mais pontuais com questões sentidas pelos usuários, sendo pouco perceptíveis os avanços para etapas subseqüentes de forma sistematizada para estabelecimento de projetos para a solução dos problemas ou mesmo de políticas de saúde.

As necessidades da população deveriam estar identificadas através das instâncias de controle social e retratadas nos planos de saúde dos municípios e previstos seus ajustamentos no Pacto pela Saúde, uma vez que estes instrumentos explicitam a intencionalidade dos gestores de executarem o que foi aprovado pelos respectivos conselhos de saúde, traçando projetos para o período de gestão.

Detecta-se de forma recorrente nas falas dos entrevistados dos diversos segmentos de representação que estes não participam do processo de construção ou pouco podem relatar sobre estes instrumentos de gestão (plano de saúde, relatório de gestão, termo de compromisso etc.). Ressaltam também que estes instrumentos foram construídos de forma centralizada, com pouca participação ou mesmo de sua inexistência em alguns municípios e, portanto sem a definição das ações do setor saúde.

“... não participamos... o conselho representa esses modelos de gestão. Centralizado também” (G6).

“..., quem sabe eu já ouvi, mas com outro nome. RISOS... Plano, eu já ouvi falar, mas... aqui, plano de saúde não tem...” (U2)

“Pouca coisa..... apenas começou... O Plano,... Nós começamos a fazer (risos),..., tá em estudo” (TS5).

Neste contexto, com municípios sem plano de saúde ou sendo desconhecido pelo conselho de saúde local, trava-se um profundo entrave ao exercício efetivo do controle social, visto que, não existe explicitação das intenções ou diretrizes da política de saúde municipal. Esta fragmentação acontece também dentro do poder executivo já que até conselheiros de saúde representante do governo, não são integrados ao processo de planejamento. Dessa forma, os conselhos de saúde ficam alheios às definições das prioridades e estabelecimento da política de saúde, e decorre que fiscalizam somente a utilização dos recursos financeiros endossando a execução de planos construídos somente pelo gestor.

Constata-se da inexistência de destes documentos formais em alguns municípios indicam que o plano destes locais, “é o plano da improvisação, é o Plano do simples atendimento à demanda...” (CARVALHO, 2006, p. 170).

Existem, porém alguns relatos de experiência de participação do conselho de saúde, nas unidades de saúde juntamente com a equipe de gestão com a construção coletiva destes instrumentos de gestão e pactuação.

“... foi feito, mostrado pros usuários. A partir dessa demonstração foi feito algumas solicitações, isso de unidade por unidade, aí foi levado, esse gestor da unidade, levou pro uma reunião dos gestores com a secretaria e daí foi construído e avaliado o que realmente já fazia, o que dava pra ser feito, o que dava pra ser feito mais pra frente. Acho que realmente foi construído, não foi uma coisa vinda do nada... Então eu acho que realmente é tudo construído e avaliado junto...” (TS1).

Através do planejamento se elegem os problemas a serem enfrentados, as prioridades, a definição de estratégias e objetivos, os quais estarão retratadas no plano de saúde a serem aprovados e acompanhada sua execução nos conselhos de saúde (CARVALHO, 2006).

No contexto do Pacto pela Saúde, editado em 2006 que traz algumas inovações e repensares sobre como efetivar o SUS, formas inovadoras poderiam ser vivenciadas inclusive na construção destes instrumentos, porém, não é o que ocorreu em alguns lugares.

“O pacto praticamente foi eu que fiz, né!..., fui apresentar..., explica o quê que é, bem obrigado, se não explica, aprova praticamente sem saber o que ta sendo aprovado” (G5PC5).

“E eu pergunto: o que que é o Pacto pela Saúde?” (PS1).

“O Pacto não foi uma coisa construída aí a várias mãos e a partir da identificação de necessidades,... Dos gestores, dos usuários, trabalhadores... Chegou pronto, praticamente..... Isso tá nas atas da dificuldade que a gente teve,... ter que assinar uma coisa aos 48 do segundo tempo...” (G6PC6).

“... eu fiquei sabendo que foi feito pacto pela saúde... , assim como PPI e tudo mais,... ocorre fora do conselho. Por que...? A coisa chega em cima da hora,...” (PS4).

A gestão da saúde em suas diversas esferas de governo define sua agenda de compromissos e estratégias de construção dos instrumentos de gestão, muitas vezes, sem considerar o tempo necessário aos conselhos para a apreciação adequada dos temas. Dessa forma, pelas urgências nas tramitações, há pouca disponibilidade de tempo para que esta etapa necessária seja concluída, sendo que muitas vezes os conselhos por sua vez rendem-se a estas imposições e aprovam tais pleitos.

Quanto à participação dos conselhos de saúde no acompanhamento da gestão financeira do setor saúde, especificamente na definição do orçamento, há percepções diferentes quanto ao envolvimento do controle social. Parte dos entrevistados afirmou que chega somente para ciência e a outra que efetivamente é apreciado pelo conselho. Também se relata a ocorrência de efetiva participação do conselho de saúde na definição de prioridades.

“... ele entra, geralmente ele sempre passa pelo conselho, né... passa por um crivo dos Conselheiros” (PS6).

“Olha, o orçamento já vem..., nós recebemos pela prefeitura. Então pela equipe de contadores, que eles que fazem o projeto. Então nessa parte nós...” (TS5).

“Nós queremos construir um PSF,... aí na reunião de conselho,... Já tá em 23 % de uso da saúde... nós pensamos, a secretaria pensou que precisa fazer isso pro ano que vem, aí o conselho, tudo bem, vamo trocar isso por isso, aí vai pra câmara” (TS1).

Os limites do conselho nas questões financeiras são inúmeros, porém, a partir de questionamentos em prestações de contas foi possível detectar, o reordenamento de gastos em saúde. Destaca-se ainda que se os conselheiros trouxerem as demandas da sociedade, é possível influenciar no estabelecimento das prioridades (CORREIA, 2000).

A fiscalização da utilização dos recursos financeiros é uma das principais funções dos conselhos de saúde, porém identificou-se a dificuldade dos conselheiros em analisar este tema, e ainda na concepção de um conselheiro, não cabe a esta instância opinar sobre tais questões. Abordou-se ainda que há dificuldade de acesso à informação financeira por barreiras geradas pela própria prefeitura municipal, o que não propicia condições adequadas para exercício do controle social.

“O prefeito coloca... no jornal, pra população... pra nós sempre vem às prestações de contas,... aquelas tabelas..., quanto entrou, onde gastou... pelo menos trimestral... ele que explica, mais ou menos, passa para todo mundo ver... é muito papel e muito número... ler tudo aquilo... não dá... em termos financeiros... a gente não pode opinar muito,... Vem de cima,...” (TS3).

“... agora a prefeitura tem mandado onde..., como emprega, as verbas... não vem constantemente,... eu gostaria,..., de ir lá na prefeitura... Mas é um pouco difícil de entrar,... são ocupadíssimos... nem sempre podem atender... não vou dizer que não queiram,...” (U2).

“... os dois que atuam nessa área já solicitaram que outros se manifestem do interesse... de acompanhar, apesar da gente não ter formação contábil, eles sentem essa dificuldade, já pediram um advogado da OAB, eu já officiei, ninguém comparece, já solicitamos até pra própria contabilidade da prefeitura. Mas não vem ninguém” (G4PC4).

Outras falas dos entrevistados apontaram que é fundamental esta avaliação e que deveria estar atrelada à análise dos impactos e resultados. Alguns afirmaram ainda, que neste processo participa o contador da prefeitura, porém deveria existir uma comissão do próprio conselho para realizar esta avaliação de forma autônoma.

“... cê faz muito pouca avaliação,..., de eles se enxergarem nas coisas e não ser mais uma coisa para aprovar um projeto, aprovar algum dinheiro pra alguma instituição... a avaliação, a prestação de contas é fundamental no Conselho...” (G3).

“... deveria ter do próprio Conselho, uma comissão fiscal,...” (PS6).

“... pega aquele formulário... da finanças e aí avalia os valores mais altos ou... questionável e pede pra vir o empenho,... ai é levado pra reunião o que foi avaliado,... questionado e foi resolvido e o que tá sendo questionado ainda...” (TS1).

Esta análise não é uma mera questão de concordância sobre o que está sendo feito, pois isto tem se mostrado muito reducionista. Necessita-se ampliar a discussão para além da questão financeira, e aprofundar em que política de saúde está se conformando no município. É através da “aplicação de recursos que se vai modelando uma gestão para construção e consolidação do SUS, ou para o seu desmonte, atendendo aos interesses do capital” (CORREIA, 2000, p. 130).

Nesta questão financeira, pode-se apreender de forma mais explícita que aparece a pressão da gestão municipal para aprovação dos gastos em saúde pelos conselhos.

“... são n papéis com notas, números, valores enormes, leis. A gente não entende... é difícil. A gente vai lá na contabilidade, pede pra eles alguma explicação e eles jogam um monte de arquivo,... Então você fica cego,..., às vezes eu falo indignado,... como é que eu vou dar uma resposta, assinar um papel, concordando com uma coisa que eu não conheço..., às vezes eu assino, mas fico com um pé atrás,... você assinou. E aí?... A própria diretora,... falou: ‘Pra isso ser aprovado lá na Prefeitura eles todos são o maior responsáveis, conhecem o que eles tão aprovando’. Quer dizer, nós somos um coadjuvante. A gente só vai lá pra assinar, pra dar ok,...” (U4).

“É esse impasse. É essa briga, é essa discussão... tem que aprovar?... Mas eu fico meio com o pé atrás,..., eu não sei,... do que pode acontecer. De repente..., uma vírgula errada no valor lá, eu sei que vai sobrar pra mim ou pros Conselheiros..... Termina todo mundo assinando,...” (U4).

Apreende-se, apesar do tom de desabafo e de inconformismo, que há também certa passividade e sentimento de impotência dos sujeitos no enfrentamento destas dificuldades, que mesmo com certos questionamentos se se sujeitam à aprovação das prestações de contas. Neste processo, dá-se de forma declarada a desigualdade de poder, de conhecimento, de acesso à informação entre os conselheiros da gestão e os demais que são induzidos a aprovar as prestações de contas.

Destacam-se neste aspecto, as necessidades de capacitação já discutidas anteriormente e identificadas como fundamentais e a associação do processo de acompanhamento financeiro ao planejamento em saúde no qual se estabelece o plano de aplicação financeira dos gastos em saúde (CORREIA, 2000).

A complexidade e especificidade do tema afastam os conselheiros sem formação contábil deste tema, porém é fundamental avançar também nesta direção, visto que, quando o conselho acumula conhecimento e informação sobre aspectos técnicos e administrativos “do organismo a quem deve fiscalizar, o faz em uma perspectiva política”, já que as formas de poderes não estão dissociadas (ACIOLE, 2007, p. 422).

Este caminho pelo qual percorre o conselho de saúde, antes restrita somente às esferas da burocracia estatal, é que tornará “o que é público se torne objeto de controle social” (CORREIA, 2000, p. 135).

Importante considerar que a efetividade do conselho de saúde está intimamente condicionada aos outros fatores. Um estudo abrangendo diversos conselhos destacou a capacitação como interferindo positivamente na melhoria das ações de saúde; acesso à movimentação de recursos financeiros e interferência no processo de alocação destes recursos (CORREIA, 2005).

No exercício do controle social no SUS diversos foram os avanços ou inovações experimentadas e vivências positivas nos caminhos percorridos pelos conselheiros entrevistados, demonstrando que não há imobilidade neste processo, sendo um espaço vivo e com grandes potencialidades.

Dentre estes, pode-se relatar a alteração na instância deliberativa com a modificação da legislação dos conselhos, garantindo eleição do presidente do conselho e dos conselheiros representantes dos usuários das regiões de saúde, abordado por um conselheiro como um avanço no controle social local. Também apontou interessante a realização de eleições destes conselheiros em pré-conferência municipal de saúde, porém entende que este processo precisa avançar ainda mais.

“... o presidente não ser o secretário. A Legislação garantir já é um passo... eu participei da escolha dos conselheiros, nas pré-conferências;... Então as pessoas se reuniram,.... eu participei de fazer a votação lá na hora;... é um movimento legítimo de escolha desses representantes das regiões... Se você não tem uma gama maior de gente se candidatando é porque o processo é incipiente. Precisa avançar... é o melhor caminho, é um caminho... existe um espaço para se avançando isso...” (G6).

Inaugurar esta etapa de evolução do controle social no SUS permite e favorece a participação da população neste processo. A análise dos autores MOREIRA e ESCOREL (2009, p. 800) incluem a dimensão “inclusividade” para as “possibilidades de acesso de todos os conselheiros concorrerem ao cargo de presidência do CMS e da população em participar do cotidiano dos conselhos”. Permitir o conselho escolher seu presidente convida a todos a participarem e propicia a co-responsabilização na consolidação deste princípio do SUS.

Pode-se apreender que os conselheiros têm consciência de que, apesar da instalação dos conselhos, sua organização e funcionamento ainda são incipientes. Outros aspectos identificados como avanço dizem respeito a recursos financeiros, com orçamento para controle social e do fornecimento de auxílio transporte para os conselheiros locomoverem-se às reuniões do conselho.

“... tá no orçamento, tem uma rubrica específica para o fortalecimento dos conselhos. Tem dinheiro... para o controle social” (G6).

“... a gente tem garantido... o transporte para as pessoas... o passe para eles virem pra a reunião, quem tem dificuldade” (G6).

Ter orçamento próprio para custear suas atividades ainda não é uma realidade para os conselhos municipais de saúde no país. Em âmbito nacional, 87 % dos conselhos não possuem orçamento próprio, porém na análise por porte populacional, esta situação se modifica em locais com mais de um milhão de habitantes (MOREIRA; ESCOREL, 2009).

A visibilidade dos conselhos e sua real inserção no SUS também estão apontadas como avanços neste processo, sendo que existem afirmações de que estas instâncias não existiam de fato. Vislumbra-se, porém, nestes depoimentos que o caminhar dos conselhos ainda é longo para de tornarem atuantes e efetivos.

“... há oito..., se nem ouvia se falar de conselho... Acho que nem existia... agora,...., a participação é pouca ainda, é bem baixa assim dos usuários, mas eu acho que existe já um interesse, um movimento, mesmo que pequeno,...” (U6).

“... até essa gestão..., o conselho sempre foi de fachada, agora não,.... realmente atua,.... reativo, mas ele atua,....” (G2).

“..., não são muitas coisas, mas do pouco tempo de poucas coisas que nós conseguimos,.... foi um dos conselhos mais atuantes que já se teve... tá numa fase assim, não avançada, mas bem ah, regular,.... Tá tendo umas falhas por falta de reuniões? Tá, mas eu vejo assim, eu sou Conselheiro 24 horas por dia, não só ali na reunião” (U4).

De forma estratégica, um dos conselhos de saúde tem experimentado a itinerância de suas reuniões ordinárias mensais realizando-as nas unidades de saúde, com a participação dos trabalhadores de saúde ou cidadão além de ampliar a escuta deste espaço. Na percepção do entrevistado esta iniciativa tem se mostrado positiva e a aproximação do conselho com as unidades de saúde. Estes encontros entre gestão, profissionais da unidade e população propiciam e promovem além de maior visibilidade do conselho de saúde amplia-se sua permeabilidade às questões singulares locais.

“... algumas reuniões dentro das unidades de saúde..... eles tentam trazer a problemática de cada bairro,...., Por que não fazer lá, a gente escutar e quem trabalha na unidade também,.... participa quem pode na hora da unidade... conselho se apresenta,.... apresenta para os profissionais da unidade... nas duas unidades que a gente foi,...., foi uma interação boa...” (TS3).

Neste sentido o sujeito, propõe que haja a expansão destes espaços de aproximação da gestão às comunidades, assim poder-se-ia adotar estrategicamente a implantação dos conselhos

gestores locais, que se constituem em “celeiro onde a participação e mobilização tomam uma forma mais concreta” (WENDHAUSEN, 2002, p.298).

De forma congruente a proposta de ampliação da participação da população na definição dos rumos das políticas públicas, também foi relatada a experiência de elaboração do orçamento com a participação da população, considerado pelo entrevistado um movimento interessante e legítimo.

“... acho que isso é um movimento interessante..., porque é um movimento legítimo,... literalmente, as pessoas trazem o que querem e votam o que querem, não há uma interferência local... se alguém faz alguma proposta que já está no orçamento ele fala: ... Isso eu já vou fazer. Isso eu garanto... o que a comunidade pede... da necessidade que a comunidade levanta. E interessante que necessidades bastante coerentes” (G6).

As grandes inovações em termos de participação foram os conselhos gestores de políticas públicas nas diversas áreas sociais e a adoção do orçamento participativo, no qual a população organiza-se para discutir as prioridades de alocação de recursos (ESCOREL; MOREIRA, 2008).

Esta experiência pode aumentar a eficiência nos resultados com melhor desempenho da administração pública e também maior equidade na distribuição dos recursos para faixas de baixa renda (AVRITZER, 2002).

A concretização da realização de conferência municipal de saúde também contribui neste aspecto da ampliação dos espaços de participação visando avaliar o que está sendo desenvolvido e buscar subsídios necessários para a definição de uma política de saúde. Está presente nos relatos dos entrevistados que micro-conferências e a adoção de reuniões abertas periódicas promovidas pelas unidades de saúde para discussão das questões da saúde do bairro são muito relevantes neste aspecto.

“... foram as micro conferências de unidade e a partir desse,... foi levado pra geral e aí discutido,..., daquela unidade ou daquele bairro não é igual do outro e daí fez-se um global da cidade,...” (TS1).

“... existe também a reunião que a gente faz nos bairros 2 vezes por ano... é, todas as unidades chamam os usuários... e ver qual é o problema. Sempre tentando avaliar o que eles tão achando de problema e reavaliando, tentando dar uma solução pra aquilo, uma melhora, solução ...” (TS1).

As conferências de saúde, assim como os conselhos, encontram seus limites e desafios que deverão ser conhecidos para serem superados e é inquestionável sua contribuição no processo participativo, como potencial “pedagógico e contribuições para a cultura democrática” no país (ESCOREL; MOREIRA, 2008, p. 1007).

Relata-se também como importante a ampliação do exercício da escuta aos usuários dos SUS fortalecendo sua aproximação com a gestão da saúde.

“... essa proximidade, principalmente, com o usuário. Porque ele traz... visão dele, que tem que ser valorizada e respeitada, mas que a gente tem de compartilhar... aproxima a gestão da população,... a gente fala mesma linguagem, tá próximo... Escuta... Eu acho que é isso que faz a construção das relações da gestão com a população. Nós temos que deixar eles falarem...” (G6).

O compartilhamento pode gerar co-responsabilização na construção do SUS, o que é desejável para que os encaminhamentos propostos correspondam às reais necessidades da população. Outras possibilidades de ampliação da escutas aos usuários estão se configurando e os entrevistados destacaram a instalação de ouvidorias e caixa de sugestões para as unidades assistenciais.

“... se você quer reclamar..., você faz, a resposta..., são colocadas num quadro,... de aviso, ... e os próprios conselheiros também acabam divulgando pra ... população” (U1).
“... mural nas unidades exclusivo pra uso do conselho municipal pra gente colocar ali as decisões pra que a população fique sabendo do que tá acontecendo,... um conselheiro nosso sugeriu... uma caixinha de sugestões,... por exemplo, a foto do conselheiro ou um telefone de contato pra que a população,... fica mais fácil pra população conhecer... representante daquele bairro” (U6).
“..., foi um movimento..., informar ao usuário,... sobre o serviço que ele disponível de ouvidoria. Se ele precisar reclamar... tá aqui um formulário..., pra... queixas, elogios, sugestões,...” (U6).

Alguns sujeitos relatam o fortalecimento da participação dos conselheiros, com a adoção de posturas mais ativas, trazendo reivindicações de melhorias para seus bairros e mais atentos ao seu papel.

“... essa participação dos conselheiros reivindicando as coisas para seus bairros; os prestadores de serviço... também...,” (PS6).
“... agora todos estão ao par do que se passa,..., mas já melhorou um pouco nesse aspecto, de ta mais fortalecido, mas respeitado,..., de saberem aquilo que o conselho precisa” (U2).
“... o conselho tá bem mais ativo, que a gente tá conseguindo agir, né e tentar melhorar as ações que a saúde tá trazendo pra população... tem conselheiros realmente que vê mesmo a função do conselheiro,...” (TS3).

Fundamental neste processo de escuta ao usuário é um investimento na qualificação dos trabalhadores de saúde que lhes permita despojar-se dos saberes técnicos científicos e se entregarem “à experiência do encontro com o outro”. Estes processos de ampliação da escuta levam, de um lado usuários mais ativos e participantes, e de outro, um serviço de saúde mais ajustado às necessidades dos usuários e resolutivo (WENDHAUSEN, 2002, p. 299).

Nesta perspectiva de qualificação também dos conselheiros, processos que visam o fortalecimento da participação estão sendo desenhados e viabilizados nos conselhos de saúde. A educação permanente em saúde tem sido utilizada como ferramenta a partir da conexão entre a prática dos trabalhadores das unidades e necessidades demandadas pelos conselheiros de saúde, propiciando a tomada de decisão da gestão de saúde mais consistente.

“... tiveram duas... oficina de conselheiros aí... foi uma espécie de um planejamento estratégico... Algumas coisas que o conselho tá vendo que ele tem necessidade de fazer, tipo, reforma do Estatuto... as comissões que tem... e não funciona...” (TS6).

“... oficina, no sentido de tentar identificar quais eram, se existiam fortalezas ou fragilidades,... Como fortalecer o conselho,... tá estimulando e oxigenando a participação da sociedade,...” (G6PC6).

“... na hora que eles têm de dar uma chacoalhada eles dão;... vem de encontro com a educação permanente,... implantado,... com todas as unidades de saúde... são levantadas as demandas, necessidades e reivindicações...,... trazem isso pro conselho... A Educação Permanente identifica uma coisa e o conselheiro identifica,... casa as duas coisas... faz com que a gente reformule alguma ação,... estratégia...” (G1PCI).

A inserção de conselheiros de saúde tem ocorrido nos Colegiados Regionais, mais especificamente o de Educação Permanente em Saúde e de Atenção Básica no sentido de aproximar a participação social na gestão da gestão de saúde.

“... tem dois conselheiros que fazem parte, um do colegiado da Atenção Básica e outro da Educação Permanente...” (TS1).

“... um processo de educação permanente... processo de problematizar de tal forma que a hora que eles viam eles tinham incorporado e tinham se empoderado de algumas,... coisas... eles iam em todas as reuniões, era a noite, no final de tarde, a noite... Era aberto para os outros, mas eles não iam. Mas, para os usuários teve um significado... a gente precisava ter uma estratégia de melhorar... que eles viessem mais emponderado. Que eles tivessem o espaço deles, que eles podiam falar..., que eles podiam não entender e que isso fosse respeitado... (G6).

A Política Nacional de Educação Permanente para o Controle Social no SUS (BRASIL, 2007a) aponta formalmente possibilidades institucionais que buscam qualificação deste movimento participativo, com o aprimoramento do funcionamento dos conselhos de saúde, como a preparação de conferências, etc. com garantia de financiamento nas três esferas de governo de acordo com o Pacto pela Saúde.

Também se considera importante o avanço em busca das ações intersetoriais conforme aponta um dos entrevistados, com uma aproximação no espaço vivo do território das forças de controle social existentes nas regiões de saúde.

“... nós temos de alguma maneira estimulado essa integração,...., pra ir, participar nos outros Conselhos,... Saúde é uma coisa muito ampla,...., o conceito de saúde,...., é, educação

é saúde, transporte é saúde, alimentação é saúde, agricultura, cidadania..., a gente tem buscado, de alguma maneira, nas nossas ações, uma maior integração com esses diferentes espaços... tá num caminho nesse sentido..., algumas outras secretarias...,... a descentralização das atividades por regiões,... Entendendo..., uma região, um território,..., pra gente tá podendo trabalhar,...” (G6PC6).

Pensar na saúde de forma ampliada conforme trata a Constituição Nacional torna-se imprescindível adoção de políticas públicas conectadas que propiciem melhores resultados e impactos nas condições de vida e saúde da população. Os conselhos de saúde e outros demais conselhos das áreas sociais, por exemplo, podem além de promover políticas públicas mais abrangentes, qualificar e articular as demandas conferindo-lhes unicidade e fortalecendo-as (CORREIA, 2005).

Outro aspecto referente às perspectivas do controle social refere-se aos desafios para fortalecer e ampliar a participação da comunidade no contexto atual do SUS, que são citados pelos conselheiros entrevistados.

Inicialmente aponta-se o reconhecimento por um conselheiro de que o SUS é uma conquista coletiva, porém considera que o princípio da participação social, ainda é muito incipiente e convoca a todos no sentido de fortalecê-lo.

“... são 20 anos de Sistema Único de Saúde, mas a questão do Controle Social que é a coisa mais importante, ela não teve, penso a importância necessária dada, não só é, pelos gestores,... federais, estaduais, municipais, mas acho que a sociedade tem uma dificuldade no sentido da participação, é, eu não sei se ela não acredita, ou ela quer sempre a coisa pronta, onde é que eu assino,..., ter um processo de construção coletiva é importante que a pessoa,..., se sinta sujeito desse processo... acho que a nossa democracia,... As pessoas não têm muita clareza..., ou tem dificuldades ou não querem saber dos seus direitos e deveres enquanto cidadão...” (G6PC6).

Dessa forma, entende-se não menos desafiador a construção junto à população do exercício da cidadania com a busca de direitos e reconhecimento de seus deveres, cabendo a cada um individualmente e também coletivamente com movimentos legítimos e organizados. Alguns sujeitos apontam na necessidade de uma ampliação da participação da população e para isso necessita-se de maior tempo para dedicação e aprimoramento.

“O Conselho de Saúde é bom, tá bom... precisaria ter mais gente falando bastante...” (TS5).

“... precisaria de uma participação mais ativa da população, pra gente sabendo quais são as pendências, as dúvidas, o... deveria ser melhorado,... ter um tempo maior,... a essas ações..., um tempo maior voltado para o conselho mesmo,... porque se numa reunião mensal a gente consegue mudar umas coisas, com duas a gente conseguiria mudar mais,...” (TS3).

“..., fazer mais pessoas..., participar..., pensando num coletivo e não no pessoal...” (TS1).

Está abordada nesta fala a necessidade de dar maior autonomia ao conselho de saúde buscando que haja uma infra-estrutura adequada as suas necessidades.

“... eu acho que é um desafio... deve ter uma sede, deve ter um e-mail,... e não utilizar os funcionários da própria secretaria;... você pode ter uma secretária;... para ter contato com tudo, com todos os conselheiros... conselho de saúde,... acima de tudo ele tem que ter autonomia” (PS6).

Para CARVALHO (2006, p. 24) neste momento grandes desafios estão apontados no sentido de buscar a participação no SUS: divulgação dos direitos e deveres dos cidadãos; propiciar capacitação de conselheiros e instituir processo de educação permanente em saúde com estes sujeitos, e ajustar todas as irregularidades presentes nos conselhos de saúde: “um mutirão em cada conselho” revendo sua legislação, deliberações e resultados das conferências, aprimorara o dia a dia desta instância.

Uma questão relevante é a desmobilização popular ocorrida nos anos 90, em dissonância com o grande movimento durante a 8ª e 9ª Conferências Nacionais de Saúde e no processo de elaboração na Constituição Nacional. Em um estudo realizado em conselho de saúde, parece que tal enfraquecimento dos movimentos sociais refletiu-se nesta instância colegiada. Aponta que esta mobilização social extra conselho é fundamental para que a participação nos conselho não acabe num “ritual vazio”. Convida ainda os profissionais de saúde a atuarem junto à população, líderes comunitário, no sentido de estimular no processo e no desenvolvimento de um trabalho com futuros conselheiros (WENDHAUSEN, 2002, p. 286).

* * *

A análise realizada nesta categoria demonstra que mesmo reconhecendo a dificuldade de dimensionar a efetividade do controle social, resultados positivos são encontrados, porém abaixo de sua potencialidade. A participação no processo de planejamento e no Pacto pela Saúde foi incipiente assim como na definição de prioridades. A função de fiscalização dos recursos financeiros é desenvolvida pelos conselhos, porém com muita dificuldade, em especial pela desigualdade de conhecimento para estas análises e acesso as informações necessárias. Vários avanços foram conquistados neste processo, tais como, alteração das leis municipais com inovações como eleição do presidente do conselho, além de garantia orçamento próprio para melhor funcionamento. Algumas estratégias foram adotadas no sentido de aumentar a visibilidade do conselho de saúde e com movimentos de aproximação da gestão com a população, como a

realização de reuniões de conselho nos bairros, organização de conselhos gestores locais, elaboração de orçamento participativo para definição das prioridades. Também estiveram presentes os movimentos descentralizados com pré-conferências e a organização de espaços de escuta tais como ouvidorias e caixas de sugestões, tentando ampliar a permeabilidade as demandas sociais. Destacam-se, também, os movimentos de capacitação e de educação permanente em saúde que ganham importância na qualificação do controle social. Dentre os desafios apresentados, estão inicialmente a desmobilização social presente atualmente e a divulgação dos direitos e deveres dos cidadãos e o fortalecimento dos processos de controle social com ajustes nos conselhos de saúde e implementação de processos de qualificação dos conselheiros e de mobilizações para formação e estímulo de futuros conselheiros.

4.3 O Pacto pela Saúde: as novas perspectivas para o controle social

Pode-se apreender nas etapas anteriores desta pesquisa que na região estudada existe certa heterogeneidade nas legislações dos conselhos de saúde o que propicia organizações e funcionamento diversos entre estas instâncias de controle social. Também a partir das entrevistas com conselheiros dos diferentes segmentos de representação, identificou-se que estes percebem o controle social no SUS de forma bastante divergente. Através das categorias analisadas detectam-se algumas experiências positivas quando ao aprimoramento do controle social, porém muitas questões ainda têm que ser priorizadas para que os conselhos atuem de forma efetiva no SUS.

O Pacto pela Saúde apresenta uma possibilidade de solução de questões de gestão à medida que propõe um repensar coletivo entre os atores envolvidos sobre as práticas de gestão, as quais podem ser fomentadas e priorizadas nas ações em diversos eixos. Entre estes estão a participação e controle social, enquanto umas das responsabilidades de gestão.

Neste movimento, os gestores de saúde desta região de saúde iniciaram a partir de 2007, a construção dos seus termos de compromisso de gestão municipal e que já estão devidamente formalizados e instituídos.

Destacamos a relevante estratégia de publicização deste instrumento propiciando que toda a sociedade conheça as intenções das esferas de gestão correspondentes no sentido de enfrentamento das questões singulares de cada localidade.

Também não se pode deixar de destacar que estas intencionalidades explicitadas pelos gestores de saúde devem estar submetidas à apreciação dos conselhos de saúde à medida que são aprovados nestes espaços.

Dessa forma, o Pacto de Gestão, não só no momento de sua definição quanto no seu desenvolvimento necessita obrigatoriamente do acompanhamento e avaliação dos diversos agentes de controle instituídos, e entre estes os conselhos de saúde.

Nas falas de alguns conselheiros entrevistados, pode-se perceber que no processo de definição e adesão ao Pacto houve pouca ou nenhuma penetração nos conselhos de saúde, destacando-se, uma forte concentração das decisões somente na esfera da gestão de saúde.

Isto demonstra ser muito comprometedor à medida que, exclui estes agentes da discussão de temas intrínsecos ao tema “participação e controle social” previstos nos termos de compromissos.

Para subsidiar esta análise apresenta-se no Quadro 7, o que está previsto nos termos de compromisso neste eixo, mais especificamente para os conselhos de saúde e conferências de saúde.

QUADRO 7 – O conselho e a conferência municipal de saúde no Pacto pela Saúde da Região de Saúde Coração do DRS III, Araraquara – SP, 2008.

O funcionamento e organização do conselho municipal de saúde				Realização de conferências municipais de saúde		
Município	Situação	Como realiza	Prazo para realizar	Situação	Como realiza	Prazo para realizar
1	Realiza	O Conselho Municipal de Saúde é participativo e deliberativo. Todas as informações e materiais são devidamente disponibilizados		Realiza	Foi realizada a I Conferência de Saúde em 2006 de acordo com as diretrizes nacionais	
2	Realiza	Garantindo a formação e composição do CMS conforme lei vigente e o acesso aos processos da SMS, documentos, relatórios, dando apoio administrativo. Seguindo as normas vigentes do Regimento Interno do CMS.		Não realiza		Ano de 2008. Promover a realização de Pré-conferências e Conferências Municipais de Saúde junto aos usuários e prestadores.
3	Realiza	O Conselho Municipal é regulamentado através de Lei Municipal, possui Regimento Interno, atua conjuntamente na gestão municipal de saúde; oferecendo condições para atuação do Conselho, como local para as reuniões mensais, materiais, contato e auxílio administrativo.		Não realiza		Nov/2008. Buscado informações, recursos e apoio necessário para a realização
4 *						
5	Realiza	Garantia de infra-estrutura física, como local para as reuniões. Garantia de material necessário para execução dos trabalhos. Fazendo que os membros que compõem o CMS seja de forma paritária.		Realiza		2009
6	Realiza	Apoiar administrativamente e financeiramente o Conselho Municipal de Saúde e os Conselhos Gestores de Unidades de Saúde.		Realiza	Apoio administrativo e financeiro para a realização de Conferência Municipais de Saúde conjuntamente com o Conselho Municipal de Saúde.	

* Documento na sua íntegra não disponível no DRS III.

Na análise dos termos de compromissos, percebe-se que a gestão municipal de saúde de todas as localidades desta região estudada considera e declara que provêm as condições materiais, técnicas e administrativas necessárias para o desenvolvimento das ações dos conselhos de saúde, e que os mesmos estão organizados de acordo com a legislação vigente.

Quando se analisa de que forma realizam as ações referentes aos conselhos de saúde, além de informarem que suprem integralmente as necessidades, deixam transparecer nas entrelinhas intensa dependência destas instâncias de controle às estruturas das secretarias municipais de saúde.

Neste contexto, quando se realiza o confronto do termo de compromisso com o discurso dos entrevistados, explicitam-se as incongruências entre as afirmações de alguns conselheiros, mais especificamente referentes à infra-estrutura e apoio material e de recursos humanos para o desenvolvimento de atividades dos conselhos de saúde.

Vale ressaltar que, neste mesmo contexto, quando está declarado que o conselho de saúde deve estar organizado de acordo com a legislação vigente, não explicita sobre quais aparatos legais estão referindo-se, ou seja, as normas nacionais ou aquelas que regem os próprios conselhos. De qualquer forma, pontuamos que as próprias legislações, exceto nos municípios 2 e 6, mereceriam profundas revisões, algumas dessas já identificadas como fundamentais pelos entrevistados.

De forma crítica, pode-se analisar que o pacto poderá trazer pouco avanço para a infra-estrutura e organização dos conselhos, à medida que, estes gestores consideram que já realizam estes compromissos de gestão e não propõem ações de ajustes a este processo.

Já quanto às conferências verifica-se um posicionamento diverso entre os municípios, indicando que alguns não executam estas ações regularmente previstas no SUS com o reconhecimento pela metade dos gestores de saúde de que este compromisso de organizar e suprir as condições necessárias para as conferências precisa ser assumido.

Dessa forma, está explicitado em quatro destes municípios, o compromisso de realização de conferências municipais de saúde nos anos 2008 ou 2009.

Vale relatar que até o final da etapa de entrevistas em outubro de 2008, os dois municípios que haviam se comprometido a realizá-las no ano de 2008 ainda não tinham efetivado tal medida. Estas possivelmente não seriam realizadas no período previsto, pois já estavam em pleno movimento de sucessão dos governos municipais e, portanto com outras prioridades.

Também se destaca que isto está em consonância com as declarações dos conselheiros entrevistados sobre a dificuldade organizacional em realizar as conferências de saúde e pela pouca tradição na utilização desta forma de controle social, já que alguns nunca tinham realizado nenhuma na história do município.

As ouvidorias municipais, como estratégia de escuta aos usuários do sistema de saúde, estão pontuadas nos termos de compromisso, nos quais se verifica em quatro localidades sua implementação para o ano de 2008 e 2009. Além disso, em outro município está lançado o compromisso de introduzir a ouvidoria em saúde vinculada a ouvidoria municipal. Um dos municípios detalha que fará a mensuração do grau de satisfação dos usuários e visita pós-alta hospitalar, também com a mesma finalidade.

Importante salientar que nos diversos locais existe a proposta de adoção de estratégias de ampliação da escuta ao usuário, fato este, em consonância com alguns apontamentos de entrevistados. Destaca-se a necessidade de maior discussão e integração entre estas formas de controle social que possibilite a construção de parcerias destes espaços, já que para muitos entrevistados há um desconhecimento de outras instâncias parceiras neste processo.

Um dos municípios aponta também para a criação da auditoria municipal para colaborar em processos de controle social.

Outro compromisso apontado nos termos de compromisso refere-se à promoção de ações de difusão de informações cerca do SUS para a população em geral, sendo que, os municípios já consideram que estas são atividades realizadas como: audiência pública, e divulgação sistemática de campanhas de saúde e sobre a rede de serviços, com a distribuição de material educativo, teatro e utilização de meios de comunicação em massa (jornais, site e outros). Somente em um dos municípios apresenta-se como novo compromisso, a proposição de edição e distribuição trimestral de jornal da saúde à população.

Pode-se perceber que há necessidade de investimento neste campo, considerando que muitas das ações tradicionalmente já são desenvolvidas pelo setor saúde e por vezes com reduzidos impactos. Dessa forma, entende-se que é importante a articulação com a área de comunicação social, como declara um dos municípios com maior porte populacional na região, e possivelmente o que possui maior estrutura técnica na região de saúde.

Não menos importante considerando a restrita cultura de participação da sociedade já discutida anteriormente, os termos de compromisso contemplam a educação popular como forma de fortalecimento desta participação social no SUS. Nos diversos locais são apontadas que os municípios já executam ações neste sentido, tais como: capacitação de conselheiros de saúde, reuniões semestrais com a comunidade, integração dos conselhos gestores locais com o setor de educação municipal, com utilização de palestras a grupos específicos de usuários dos programas de saúde, apoio à participação dos CMS em processos de educação popular, distribuição de material educativo e garantia de acesso à população nas reuniões. Também no município de maior porte

populacional parte a iniciativa de realizar estas ações articuladas com parceiros em educação popular.

Considerando que em vários relatos dos conselheiros entrevistados, houve pouca participação neste processo de construção do pacto podemos inferir que os termos de compromisso retratam proposição de ações sob o olhar restrito da gestão de saúde, representando uma distância no entendimento dos conselheiros de saúde sobre o mesmo e das reais necessidades de fortalecimento deste processo de participação social no SUS.

De forma ousada podemos considerar a partir desta análise do eixo de responsabilidades na participação e controle social, que a potência do Pacto de Gestão pode estar enormemente reduzida dada à forma como foi desencadeado e construído, somente sob o foco da gestão de saúde.

Salienta-se que dada à característica processual no fortalecimento do SUS, e as possibilidades dinâmicas de revisões destes compromissos que também devem estar retratados nos planos de saúde, as discussões ampliadas devem ser consideradas na construção de propostas mais comprometidas com modalidades de gestão mais participativas.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Um dos grandes entraves neste processo de participação e controle social no SUS tem sua gênese na pouca cultura participativa da população em processos decisórios para o estabelecimento das políticas públicas.

Pode-se considerar que para reversão deste modelo tradicionalmente construído pelo longo período autoritário que vivemos, deve-se investir em diversas frentes de trabalho e aqui se destaca o investimento estratégico em educação. Está incluído neste, fundamentalmente os processos formais de formação a começar pelo ensino fundamental devendo permear todas as etapas educacionais. Conhecer seus direitos e deveres enquanto cidadão é imprescindível para se construir uma sociedade mais justa e igualitária.

Não menos importante, necessita-se reverter às formas autoritárias, clientelistas e paternalistas de dirigir as instituições vinculadas ao poder público, as quais como forma de gestão, as decisões muitas vezes são tomadas sem articulação com a sociedade.

Este é um caminho de mão dupla, onde a sociedade necessita estar empenhada e ocupar de fato e apropriadamente os espaços de participação provocando a substituição de formas mais tradicionais e conservadoras de gestão para práticas mais contemporâneas e democráticas e participativas.

A baixa experiência de participação precisa ser revertida, pois considero que vivência do controle social é um aprendizado coletivo e de forma processual edifica este exercício podendo ser catalisadora e indutora de mobilizações sociais.

Há que se engendrar esforços tanto através da sociedade civil quando do próprio Estado para que população reconheça e efetivamente assuma sua fundamental responsabilidade no controle social.

O desafio apresentado a toda a sociedade civil e também para o Estado é para a definição das políticas públicas preserve os interesses coletivos em benefício de toda a sociedade.

No campo setorial da saúde, de forma integradora as demais áreas sociais, a ampliação da interlocução com a população é necessária quando se trata de promover melhoria nas condições de vida das pessoas. Para a definição de propostas de ações de saúde, não basta conhecer o território e a população de abrangência, suas necessidades, sentidas ou não, mas pactuar projetos coerentes e possíveis a serem desenvolvidos e com adesão dos atores envolvidos.

Tais práticas mais contemporâneas de gestão devem ser incorporadas em todos os níveis de gestão chegando até as unidades de saúde ou serviços assistenciais.

Trabalhar nesta direção requer uma mudança importante nos processos de trabalho tanto dos gestores quanto dos profissionais de saúde, cujos processos de formação em saúde necessitam serem ajustados propiciando o estabelecimento de diálogo com a população. Aqui apontamos como importante à troca de saberes, e não a supremacia do conhecimento técnico sobre os demais saberes, ainda comum nas relações trabalhadores de saúde-usuários.

Este novo jeito de fazer saúde convida a todos a modificarem as práticas, tanto no cuidado quanto na gestão de saúde, indicando que tanto o usuário, quanto o trabalhador de saúde e a gestão estarão em permanente diálogo. Esta forma de atuação precisa ser reconhecida como processual e necessita de ferramentas para sua construção, com destaque a educação permanente em saúde.

Também pontuamos como importante o reconhecimento pelos diferentes atores de uma política de controle social local que demonstre a intencionalidade no fortalecimento da participação social.

Poderia-se pensar formação de uma rede de controle social com a integração de todos os espaços institucionais articulados visando garantir dos direitos dos cidadãos, e, portanto é fundamental cumprir a lei garantindo o funcionamento regular e adequado das instâncias formais de controle social existentes no SUS, com investimentos nestes espaços coletivos.

Os conselhos de saúde, enquanto espaços de definição de prioridades e fiscalização do sistema de saúde necessitam estar pleno funcionamento e sofrerem revisão de diversos aspectos. Um deles é quanto às legislações que os sustentam para o estabelecimento de regras mais democráticas e que propiciem maior participação de seus membros e da população. Além disso, o poder público deve garantir infra-estrutura física, equipamento, rede de conectividade e processos organizacionais que promovam maior representatividade, legitimidade e autonomia para seu funcionamento.

O empoderamento destes espaços deve ser garantido através de processos de formação inicial para os conselheiros no momento da instalação estes conselhos e de forma permanente de acordo com as necessidades de seus membros.

A despeito dos conselhos municipais de saúde que estão instalados com algum tipo de organização e funcionam mesmo com inúmeras deficiências, as conferências de saúde têm sido relegadas a um plano secundário e tradicionalmente não têm sido realizadas em diversas localidades nesta região de saúde.

O investimento nestes espaços necessita ser priorizado para que se garanta a ampliação da participação e o estabelecimento de políticas de saúde mais ajustadas às necessidades da população.

Considerando neste contexto do Pacto pela Saúde e o estabelecimento das regiões de saúde com seus respectivos CGR é desejável e possível que ocorra o debate e a troca de experiências entre os municípios com o efetivo apoio da gestão estadual.

A utilização do espaço do CGR pode gerar o saudável compartilhamento solidário das possibilidades e do planejamento comum para solução de diversas questões relativas à participação social permitindo que se estabeleça uma política regional de fortalecimento de controle social, com proposições adequadas à realidade local e regional e que lance mão da potencialidade dos recursos existentes na própria região de saúde.

As prioridades estabelecidas regionalmente podem potencializar e mobilizar mais recursos de todas as naturezas sejam estes financeiros, estruturais, de pessoas, de conhecimento técnico, entre outras, além de refletir em maior visibilidade do projeto comum.

Pode-se aqui apontar ainda a necessidade também de expansão dos canais de participação, com criação de outras possibilidades como os conselhos gestores de locais, tanto em unidades de saúde pública como naquelas privadas vinculadas ao SUS.

Estes espaços já existentes em alguns municípios da região, a despeito de sua potencialidade, padecem de grandes dificuldades cujos desafios necessitam serem enfrentados. Da mesma forma que outras instâncias formais de controle social, necessitam ter regras estabelecidas adequadas e investimento de infra-estrutura, além de processos de propiciem sua qualificação e o reconhecimento pelos envolvidos de sua importância.

Pode-se citar que também estes espaços estruturados e qualificados poderão ganhar visibilidade e com certeza serão permeáveis as necessidades da população apresentando demandas mais qualificadas e com maiores possibilidades de trazerem impactos positivos na saúde da população.

Para concluir, pode-se considerar que este tema de estudo abarca inúmeras questões que suscitam novas investigações e aqui se pontuam algumas delas:

- ✓ Qual a história das conferências de saúde neste período? Quando foram realizadas, quantos participantes, quais temas foram tratados e suas deliberações? Estas foram de alguma forma contempladas nos planos de saúde?
- ✓ O que os planos de saúde trazem sobre participação ou controle social?
- ✓ E as capacitações para conselheiros? Quantas foram feitas, quem participou? Como avaliam este processo?
- ✓ Quais os determinantes para as alterações das legislações dos conselhos de saúde ocorridas neste período? Em que contexto político ocorreram?

Com o final desta pesquisa, além nas necessidades eminentemente acadêmicas e de divulgação científica, a jornada futura será organizar um processo devolutivo de resultados e reflexões desta pesquisadora aos gestores municipais e regional e conselhos de saúde envolvidos no estudo, conforme compromisso assumido perante estas instâncias quando da apresentação do projeto. Com isto, esta pesquisa pode ser considerada uma relevante contribuição social que somada a outras iniciativas venham a fortalecer a participação social no SUS.

6 REFERÊNCIAS

ACIOLE, G. G. Algumas questões para o debate do controle social no Sistema Único de Saúde. **Saúde em Debate**, v. 27, n. 63, p. 63-73, jan./abr. 2003.

ACIOLE, G. G. Das dimensões pedagógicas para a construção da cidadania no exercício do controle social. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 11, n. 23, p. 409-426, set./dez. 2007.

ANDRADE, L. O. M.; BARRETO, I. C. H. C. **SUS passo a passo: história, regulamentação, financiamento e políticas nacionais**. 2 ed. rev. ampl. São Paulo: HUCITEC, 2007.

AVRITZER, L. O Orçamento Participativo: As experiências de Porto Alegre e Belo Horizonte. In: DAGNINO, E. (org). **Sociedade Civil e Espaços Públicos no Brasil**. São Paulo: Ed. Paz e Terra, 2002. p. 17-45.

BACKES, D. S. et al. O que os usuários pensam e falam do Sistema Único de Saúde? Uma análise dos significados à luz da carta dos direitos dos usuários. **Ciência&Saúde Coletiva**, v. 14, n. 3, p. 903-910, 2009.

BALSEMÃO, A., Competência e Rotinas de Funcionamento dos Conselhos de Saúde no Sistema Único de Saúde no Brasil. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Brasília, 2003. **Direito Sanitário e Saúde Pública** (Coletânea de Textos - série E. Legislação de Saúde). Vol. 1. p. 287-299.

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. 3 ed. Lisboa: Editora 70, 2008.

BATISTA JÚNIOR, F., O controle social é um projeto em construção. **Radis: Comunicação em Saúde**, v. 53, p. 20-21, jan. 2007.

BISPO JÚNIOR, J. P. et al. Exercício do controle social em municípios de pequeno porte: o caso de Lafayette Coutinho (BA). **Revista Baiana de Saúde Pública**, v. 30 n. 2, p. 248-260, jul./dez. 2006.

BRASIL. Senado Federal. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, 1988.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 33 - Aprova o documento "Recomendações para a Constituição e Estruturação de Conselhos Estaduais e Municipais de Saúde"**. Brasília, 1992.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Relatório Final da 9ª Conferência Nacional de Saúde**. Brasília, 1993.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Conselho de Saúde: Guia de referência para a sua criação e organização**. Brasília, 1994.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Relatório Final da 10ª Conferência Nacional de Saúde**. Brasília, 1998.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Gestão Municipal de Saúde: Leis, normas e portarias atuais**. Brasília, 2001a.

- BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Relatório Final da 11ª Conferência Nacional de Saúde**. Brasília, 2001b.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Diretrizes Nacionais para Capacitação de Conselheiros de Saúde**. Brasília, 2002a.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **A Prática do Controle Social: Conselhos de Saúde e Financiamento do SUS**. Brasília, 2002b (Série Histórica do CNS, nº 1).
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 333 - Aprova as Diretrizes para Criação, Reformulação, Estruturação e Funcionamento dos Conselhos de Saúde**. Brasília, 2003.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente**. Brasília, 2004a.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Relatório Final da 12ª Conferência Nacional de Saúde - Conferência Sérgio Arouca**. Brasília, 2004b.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Manual do Cadastro Nacional dos Conselhos Saúde**. Textos Básicos de Saúde. Brasília, 2005 (Série B).
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 399/GM. Divulga o Pacto pela Saúde**. Disponível em <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2006/GM/GM-399.htm>>. Acesso em: 20/09/2007. Brasília. 2006 a.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde no Brasil: Contribuições para a Agenda de Prioridades de Pesquisa**. – Textos Básicos de Saúde. Brasília, 2006b (Série B).
- BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente para o Controle Social**. Textos Básicos em Saúde. Brasília, 2007a (Série B).
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa no SUS**. Brasília, 2007b.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Relatório Consolidado para a 13ª Conferência Nacional de Saúde**. Brasília, 2007c.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Cadastro Nacional dos Conselhos de Saúde**. Disponível em: <http://formsus.datasus.gov.br/cns/>. Acessado em: 28/11/2008.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Curso Básico de Regulação, Controle, Avaliação e Auditoria do SUS**. Brasília, s/d.
- CALDERÓN, A. I. **Democracia local e participação popular**. São Paulo: Cortez Editora, 2000.
- CAMPOS, R. O. A gestão: espaço de intervenção, análise e especificidades técnicas. In: CAMPOS, G. W. S. **Saúde Paideia**, 3 ed., São Paulo: Editora Hucitec, 2007. p 122-149.
- CARVALHO, A. I. **Conselhos de Saúde no Brasil: Participação Cidadã e Controle Social**. Rio de Janeiro: Fase/IBAM, 1995.

CARVALHO, A. I. Conselhos de Saúde, Responsabilidade Pública e Cidadania: a Reforma Sanitária como Reforma do Estado. In: FLEURY, S. (org). **Saúde e Democracia: a luta do Cebes**, São Paulo: Lemos Editorial, 1997. p. 93-111.

CARVALHO, G. C. M. **Participação da comunidade na saúde**. Passo Fundo: IFIBE, 2006.

CARVALHO, G. I.; SANTOS, L. **Sistema Único de Saúde: comentários a Lei Orgânica de Saúde (Lei 8.080/90 e Lei 8.142/90)**. 4ª ed. rev. e atual. Campinas: Editora UNICAMP, 2007.

COELHO, V. S. P. A democratização dos Conselhos de Saúde: o paradoxo de atrair não aliados. **Novos Estudos - CEBRAP**, v. 78, n. p. 77-92, julho 2007.

COHN, A. Mudanças econômicas e políticas de saúde no Brasil. In: SAMUEL, A. C. (org). **Estado e Políticas Sociais no Neo-liberalismo**. São Paulo: Editora Cortez, 1995. p. 225-244.

CORREIA, M. V. C. **Desafios para o controle social: subsídios para capacitação de conselheiros de saúde**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005.

CORREIA, M. V. C. **Que controle social? Os conselhos de saúde como instrumentos**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2000.

CÔRTEZ, S. M. V. Balanço de experiências de controle social, para além dos conselhos e conferências no Sistema Único de Saúde: construindo possibilidades de participação dos usuários. In: BRASIL. Ministério da Saúde. **Conferências Nacionais de Saúde**. Brasília, 2003. (Coletânea de textos). CDROM

CÔRTEZ, S. V. Introdução: atores, mecanismos e dinâmicas participativas. In: _____. **Participação e Saúde no Brasil**, Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2009. p. 19-39.

CÔRTEZ, S. V. et al. Conselhos Municipais de Saúde da Região Metropolitana de Porto Alegre: funcionamento, atores e dinâmica das relações sociais. In: CÔRTEZ, S. V. (org). **Participação e Saúde no Brasil**, Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2009. p. 145-176.

DAGNINO, E. Sociedade Civil e Espaços Públicos no Brasil. In: _____. **Sociedade Civil e Espaços Públicos no Brasil**. São Paulo: Ed. Paz e Terra, 2002a. p. 9-15.

DAGNINO, E. Sociedade Civil, Espaços Públicos e a Construção Democrática no Brasil: Limites e Possibilidades. In: _____. **Sociedade Civil e Espaços Públicos no Brasil**. São Paulo: Ed. Paz e Terra, 2002b. p. 279-301.

DÂMASO, R. Saber e Práxis na Reforma Sanitária: avaliação da prática científica no movimento sanitário. In: TEIXEIRA, S. F. (org.). **Reforma sanitária: em busca de uma teoria**. São Paulo: Cortez Editora, 1989. p. 61-90.

DOMINGUEZ, B. C. A gestão autoritária cede espaço, pouco a pouco, a práxis democrática. **Radis: Comunicação em Saúde**, v. 53, p. 12-19, jan. 2007.

ESCOREL, S.; DELGADO, M. M. Perfil dos conselhos estaduais de saúde: singularidades e similaridades no controle social. **Divulgação em Saúde em Debate**, n. 43, p. 62-78, 2008.

ESCOREL, S.; MOREIRA, M.R. Participação Social. In: GIOVANELLA, L. et al. (org). **Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008. p. 979-1010.

ESCOREL, S.; NASCIMENTO, D. R.; EDLER, F. C. As Origens da Reforma Sanitária e do SUS. In: LIMA, N. T. et al. (org). **Saúde e Democracia: História e Perspectivas do SUS**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005. p 59-81.

FORTUNA, C. M. **O trabalho em equipe numa Unidade Básica de Saúde: produzindo e reproduzindo-se em subjetividades. Em busca do desejo, do devir e de singularidades**. 1999. 247 p. Dissertação (Mestrado) - Departamento Materno Infantil e Saúde Pública, Universidade de São Paulo. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Ribeirão Preto.

GAZETA, A. P. **Democracia e participação social: a experiência dos conselhos municipais de saúde no interior de São Paulo**. 2005. 189 p. Dissertação (Mestrado) - Departamento de Ciência Política do Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, UNICAMP, Campinas.

GOHN, M. D. G. Empoderamento e participação da comunidade em políticas sociais. **Saúde e Sociedade**, v. 13, p. 20-31, 2004.

GOHN, M. G. Papel dos Conselhos Gestores na Gestão Pública. **INFORMATIVO CEPAM. Conselhos municipais das áreas sociais**, São Paulo, v. 1, p. 7-17, dez. 2001. Disponível em <http://www.cepam.sp.gov.br/arquivos/conhecimento/Informativo_Cepam-Conselhos_Municipais_das_Areas_Sociais.pdf>. Acesso em: 27/09/2009.

LABRA, M. E.; ST. AUBYN, F. J. Associativismo, participação e cultura cívica: O potencial dos conselhos de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 7, n. 3, p. 537-547, 2002.

LEOPARDI, M. T. **Metodologia da pesquisa na saúde**. 2 ed. Florianópolis: UFSC/Pós-Graduação em Enfermagem, 2002.

LIMA, C. R. M. **Conselhos de Saúde: informação, poder e política social**. Rio de Janeiro: E-papers, 2007.

LUZ, M. T., Políticas de Descentralização e Cidadania: novas práticas de saúde no Brasil atual. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (org). **Os Sentidos da Integralidade**, Rio de Janeiro: UERJ/IMS/ABRASCO, 2001.

MERCADANTE, O. Conselhos Municipais de Saúde. **INFORMATIVO CEPAM. Conselhos municipais das áreas sociais**, São Paulo, vol. 1, p. 41-44. dez. 2001. Disponível em <http://www.cepam.sp.gov.br/arquivos/conhecimento/Informativo_Cepam-Conselhos_Municipais_das_Areas_Sociais.pdf>. Acesso em: 27/09/2009.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 10 ed. São Paulo: Editora Hucitec, 2007.

MONTEIRO, M. G.; FLEURY, S. Democracia deliberativa nas gestões municipais de saúde: um olhar sobre a importância dos conselhos municipais de saúde nas gestões. **Saúde em Debate**, v. 30, n. 73/74, p. 219-233, maio/dez 2006.

MOREIRA, M. R. Democracia participativa, democracia representativa e os conselhos de saúde no contexto da reforma política. **Divulgação em Saúde em Debate**, n. 43, p. 15-22, junho 2008.

MOREIRA, M. R.; ESCOREL, S. Conselhos Municipais de Saúde no Brasil: um debate sobre a democratização da política de saúde nos vinte anos do SUS. **Ciência&Saúde Coletiva**, v. 14, n. 3, p. 795-805, 2009.

MOREIRA, M. R. et al. A democratização nos Conselhos de Saúde. **Saúde em Debate**, v. 30, n. 73/74, p. 205-218, maio/dez. 2006.

MOURÃO, L. A. Regimento Interno: Instrumento Fundamental para Funcionamento dos Conselhos. **INFORMATIVO CEPAM. Conselhos municipais das áreas sociais**, São Paulo, vol. 1, p. 78-81, dez. 2001. Disponível em <http://www.cepam.sp.gov.br/arquivos/conhecimento/Informativo_Cepam-Conselhos_Municipais_das_Areas_Sociais.pdf>. Acesso em: 27/09/2009.

OLIVEIRA, M. M. **Como fazer pesquisa qualitativa**. Petrópolis: Vozes, 2007.

PADAVINI, R. L. et al. Conselho Municipal de saúde: análise de uma trajetória. **Saúde em Debate**, v. 29, n. 69, p. 55-63, 2005.

PAIM, J. S. **Reforma Sanitária Brasileira: Contribuição para a compreensão e crítica**. Salvador e Rio de Janeiro: EDUFBA e Editora Fiocruz, 2008.

RIBEIRO, J. M. Conselhos de saúde, comissões intergestores e grupos de interesses no Sistema Único de Saúde (SUS). **Cadernos de Saúde Pública**, v. 13, p. 81-92, 1997.

SACARDO, G.; CASTRO, I. E. N. Conselhos de Saúde. 2002, p. 72. **Observatório dos Direitos do Cidadão. Acompanhamento e análise das políticas públicas da cidade de São Paulo**. Caderno 8. Disponível em <http://www.polis.org.br/publicacoes_lista.asp?cd_serie=7>. Acesso em: 23/10/2008.

SANTOS, L.; ANDRADE, L. O. M. **SUS: o espaço da gestão inovada e dos consensos interfederativos: aspectos jurídicos, administrativos e financeiros**. Campinas: Instituto de Direito Sanitário Aplicado, 2007.

SÃO PAULO (Estado). **Lei Estadual nº 8.356**: Cria o Conselho Estadual de Saúde e dá providências correlatas. 1993. Disponível em: http://www.conselho.saude.sp.gov.br/resources/ces/lei_8356.pdf. Acesso em: 28/11/2008.

SÃO PAULO (Estado). **Lei Estadual nº 8.983**: altera Lei nº 8.356 que Criou o Conselho Estadual de Saúde. 1994. Disponível em: http://www.conselho.saude.sp.gov.br/resources/ces/lei_n_8.983-alteracao.pdf. Acesso em: 28/11/2008.

SÃO PAULO (Estado). Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. **Plano Estadual de Saúde 2008 - 2011**. São Paulo, 2007.

SÃO PAULO (Estado). Secretaria de Estado da Saúde. DRS III de Araraquara. **Diagnóstico de Saúde**. Araraquara, 2007.

SILVA, M. K. et al., A Dinâmica das Relações Sociais no Conselho Nacional de Saúde. In: CÔRTEZ, S. V. (org). **Participação e Saúde no Brasil**, Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2009. p. 73-110.

SOARES, L. G.; TRINCAUS, M. R. Participação e controle social: uma revisão bibliográfica dos avanços e desafios vivenciados pelos Conselhos de Saúde. **Revista Eletrônica Lato Sensu**, v. 2, n. 1, p. 245-264, agosto de 2007. Disponível em: <http://www.unicentro.br/prosp/posGraduacao/revistaasp>. Acesso em: 27/11/2007.

TATAGIBA, L. Os Conselhos Gestores e a Democratização das Políticas Públicas no Brasil. In: DAGNINO, E. (org). **Sociedade Civil e Espaços Públicos no Brasil**. São Paulo: Ed. Paz e Terra, 2002. p. 47-103.

TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais**: a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Editora Atlas S.A., 1987.

TURATO, E. R. **Tratado da metodologia da pesquisa clínica qualitativa**: construção teórico-epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas da saúde e humanas. 2 ed. Petrópolis: Vozes, 2003.

VIANA, A. L. D. Á.; BAPTISTA, T. W. F. Análise de Políticas de Saúde. In: GIOVANELLA, L. et al. (org). **Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008. p. 65-105.

WENDHAUSEN, Á. **O duplo sentido do controle social**: (des) caminhos da participação em saúde. Itajaí: UNIVALI, 2002.

APÊNDICES

ROTEIRO BÁSICO DE ENTREVISTA SEGMENTO USUÁRIO, TRABALHADOR DE SAÚDE E PRESTADOR DE SERVIÇO

Identificação entrevistado _____
 Identificação entrevista _____ Data _____ Local _____
 Horário início _____ Horário de término _____
 Nome _____

I - Identificação Pessoal

- Fale sobre você: sua idade, local residência, profissão, formação etc.

Idade _____ Sexo _____

Município de Residência _____ Há quantos anos _____

Escolaridade _____

Formação _____ Formação Saúde Pública? Qual _____

Profissão Atual _____

Renda Familiar () Até 1 SM () de 1 a 2 SM () de 2 a 3 SM () de 3 a 5 SM
 () de 5 a 10 SM () de 10 a 20 SM () mais de 20 SM
 () sem rendimento () sem declaração

- Além de conselheiro, de que outra forma você atua na sociedade:

Participa de algum movimento popular, social ou político? Qual _____

É filiado a algum partido político? _____

Já concorreu a algum cargo eletivo? Qual e Quando? _____

II – Inserção como Conselheiro de Saúde

- Fale sobre a sua inserção como conselheiro de saúde

- Participa do CMS desde _____

- Por que quis ser conselheiro municipal? _____

- Segmento que representa _____ Entidade que representa _____

- Como foi escolhido para ser conselheiro?

() Indicação. De quem _____

() Eleição. Como foi processo _____

Fale sobre a interlocução entre a entidade de representação e assuntos do conselho

- Os representantes do segmento trazem temas para discussão no conselho? Estes entram em pauta? Cite exemplos dessas demandas. _____
- Você tem suplente no conselho? Se sim, como lidam com os assuntos do Conselho _____ Ele participa das reuniões _____
- Já fez algum tipo de capacitação para conselheiro () sim () não
- Se sim, qual? __ Quando? __ Promovido por qual instituição? __ Comente __
- Sente alguma dificuldade para exercer papel de Conselheiro? Comente _____

III – Questões Gerais

- Controle Social
- No seu entendimento, qual o principal papel ou função do Conselho de Saúde no SUS? ____ E da Conferência de Saúde? _____
- Já participou de alguma Conferência de Saúde? () sim () não
- Em qual esfera: nacional, estadual, regional ou municipal? ____ Quando? ____
- Seu município faz conferência de saúde? Qual periodicidade? _____
- O que é feito com as deliberações da(s) Conferência(s) de Saúde? _____
- Tem algum acompanhamento pelo Conselho de Saúde? _____
- Qual (is) outra (s) instância (s) de controle social existe em seu município? _____
- As unidades de saúde de seu município têm conselho gestor local? ____ São atuantes? ____
- Como interagem com o conselho municipal _____
- Como é a relação do Conselho de Saúde e a Gestão Municipal? _____
- Funcionamento, Organização e Infra-estrutura do Conselho Municipal de Saúde
- Quantas reuniões do Conselho de Saúde de seu município você participou? _____
- Fale um pouco das reuniões: Identificar: convocação de reuniões, formas de comunicação, definição da pauta de reuniões, periodicidade das reuniões, quorum.
- As reuniões do Conselho e Saúde são abertas à população? A população comparece? Tem direito a voz? _____
- Como um cidadão fica sabendo das datas e locais das reuniões? _____
- Você poderia citar as principais deliberações do Conselho no último ano? ____
- Como são divulgadas as decisões? Tornam-se deliberações, resoluções? _____
- O conselho tem comissões ou grupos de trabalhos? Como funcionam? _____
- Tem sede própria e estrutura administrativa e financeira, apoio técnico _____

- Tem computador? Acesso internet, usuários utilizam? _____
- Como se dá o processo de escolha do presidente do Conselho de Saúde: _____
- No seu entendimento o que acha do funcionamento, organização e infra-estrutura do Conselho de Saúde: () Boa () Regular () Ruim. Comente _____
- Você acha que a legislação do Conselho de Saúde é adequada? _____
- O Conselho de Saúde tem Regimento Interno? Foi aprovado pelo CMS? _____
- Houve alguma alteração da legislação do conselho municipal? Quando? Qual motivo? O que foi alterado? _____

- Efetividade do Conselho de Saúde

- Você acha que a atuação do conselho de saúde altera alguma coisa na saúde no município? _____ Se sim, exemplifique. _____
- E a forma como a assistência é prestada à população? _____
- E o processo de trabalho da saúde? Composição das equipes? _____
- Você já ouviu falar sobre o Pacto pela Saúde? Houve alguma discussão no Conselho de Saúde. Descreva como foi _____
- E Plano de Saúde? Descreva como foi (é) a discussão do no Conselho de Saúde _____
- Você conhece as propostas sobre Controle Social/Participação Social contidas no Pacto de Gestão e Plano de Saúde? _____ Quais? _____
- O orçamento da saúde passa para discussão no conselho de saúde antes de ser encaminhado à Câmara Municipal? _____
- Como vocês decidem como serão utilizados os recursos financeiros da saúde e o estabelecimento de prioridades _____
- Descreva como foi (é) a discussão da execução do orçamento da saúde (prestação de contas) _____

- Avanços e Perspectivas do Controle Social no Município

- Quais avanços do Controle Social no seu município você citaria? _____
- Qual inovação em relação ao Controle Social você identifica no município? _____
- Quais desafios você citaria? _____
- Quais as dificuldades de exercer o papel de conselheiro (no âmbito individual e coletivo) _____
- No seu entendimento em que o controle social ajuda na saúde do município _____

- Outras questões

Comente sobre qualquer assunto de desejar:

IV - Comentários gerais do entrevistador

Questões sobre duração da entrevista, facilidades e dificuldades na comunicação, disposição do entrevistado, local da entrevista etc. _____

ROTEIRO BÁSICO DE ENTREVISTA
SEGMENTO GESTÃO MUNICIPAL E PRESIDÊNCIA DO CONSELHO

Identificação entrevistado _____
 Identificação entrevista _____ Data _____ Local _____
 Horário início _____ Horário de término _____
 Nome _____

I - Identificação Pessoal

- Fale sobre você: sua idade, profissão, formação, etc.

Idade _____ Sexo _____

Município de Residência _____ Há quantos anos _____

Escolaridade _____

Formação _____ Formação Saúde Pública? Qual _____

Profissão Atual _____

Renda Familiar () Até 1 SM () de 1 a 2 SM () de 2 a 3 SM () de 3 a 5 SM
 () de 5 a 10 SM () de 10 a 20 SM () mais de 20 SM
 () sem rendimento () sem declaração

- Além de conselheiro, de que outra forma você atua na sociedade:

Participa de algum movimento popular, social ou político? Qual _____

É filiado a algum partido político? _____

Já concorreu a algum cargo eletivo? Qual e Quando? _____

II – Inserção como Conselheiro Representante Gestão Municipal de Saúde e ou Presidência do Conselho

- Participa do CMS desde _____ Presidente do Conselho desde _____

- Segmento que representa _____ Entidade que representa _____

- Se representante da Gestão Municipal, como foi inserção como conselheiro?

() o gestor é membro nato

() Indicação. De quem _____

() Outra forma. Qual _____

- Se Presidente do Conselho, como foi o processo de escolha?

() O gestor preside o Conselho _____

() Eleição. Descreva o processo _____ - - Por que quis

ser conselheiro municipal? _____ E presidir o conselho? _____

- Fale sobre a interlocução entre a gestão da saúde e a Presidência do conselho
- Como é a relação do Conselho de Saúde com a Gestão Municipal? _____
- Os representantes dos segmentos trazem temas para serem discutidos no conselho? Estes entram em pauta? _____ Cite exemplos dessas demandas:
Usuário. _____ Trabalhadores _____
Prestadores _____ Gestão _____
- Você se reúne com seu suplente ou vice coordenador? Se sim, relate (antes, depois da reunião)

- Já fez algum tipo de capacitação para conselheiro () sim () não
- Se sim, qual? __ Quando? _____ Promovido por qual instituição? ____ Comente ____
- Sente alguma dificuldade para exercer papel de Conselheiro ou coordenador?
Comente _____

III – Questões Gerais

- Controle Social
- No seu entendimento, qual o principal papel ou função do Conselho de Saúde no SUS? ____ E da Conferência de Saúde? _____
- Já participou de alguma Conferência de Saúde? () sim () não
- Em qual esfera: nacional, estadual, regional ou municipal? __ Quando? _____
- Seu município faz conferência de saúde? Qual periodicidade? _____
- O que é feito com as deliberações da(s) Conferência(s) de Saúde? _____
- Tem algum acompanhamento pelo Conselho de Saúde? _____
- Qual (is) outra (s) instância (s) de controle social existe no município? _____
- As unidades de saúde de seu município têm conselho gestor local? ____ São atuantes? _____
Como interagem com o conselho municipal _____

- Funcionamento, Organização e Infra-estrutura do Conselho Municipal de Saúde
- Quantas reuniões do Conselho de Saúde de seu município você participou. _____ E Presidiu? _____
- Fale um pouco das reuniões. Citar: convocação de reuniões, formas de comunicação, definição da pauta de reuniões, periodicidade das reuniões, quorum.
- As reuniões do Conselho e Saúde são abertas à população? A população comparece? Tem direito a voz? _____

- Como um cidadão fica sabendo das datas e locais das reuniões? _____
- Você poderia citar as principais deliberações do Conselho no último ano? _____
- Como são divulgadas as decisões? Tornam-se deliberações, resoluções? _____
- O conselho tem comissões ou grupos de trabalhos? Como funcionam? _____
- Tem sede própria e estrutura administrativa e financeira, apoio técnico _____
- Tem computador? Acesso internet, usuários utilizam? _____
- Como se dá o processo de escolha do presidente do Conselho de Saúde: _____
- No seu entendimento o que acha do funcionamento, organização e infra-estrutura do Conselho de Saúde: () Boa () Regular () Ruim. Comente _____
- Você acha que a legislação do Conselho de Saúde é adequada? _____
- O Conselho de Saúde tem Regimento Interno? Foi aprovado pelo CMS? _____
- Você sabe se houve alguma alteração da legislação do conselho municipal? Quando? Qual motivo? O que foi alterado? _____

- Efetividade do Conselho de Saúde

- Você acha que a atuação do conselho de saúde altera alguma coisa na saúde no município? _____ Se sim, exemplifique. _____
- E a forma como a assistência é prestada à população? _____
- E o processo de trabalho da saúde? Composição das equipes? _____
- Como foi a construção do Pacto pela Saúde. Houve alguma discussão no Conselho de Saúde. Descreva como foi _____
- E Plano de Saúde? Descreva como foi (é) a discussão do no Conselho de Saúde _____
- Quais são as propostas sobre Controle Social/Participação da Comunidade contidas no Pacto de Gestão e Plano de Saúde? _____
- O orçamento da saúde passa para discussão no conselho de saúde antes de ser encaminhado para Câmara Municipal? _____
- Como vocês decidem como serão utilizados os recursos financeiros da saúde e o estabelecimento de prioridades _____
- Descreva como foi (é) a discussão da execução do orçamento da saúde (prestação de contas) _____

- Avanços e Perspectivas do Controle Social no Município

- Quais avanços do Controle Social você citaria? _____
- Quais inovações em relação ao Controle Social você identifica no município? _____

- Quais desafios você citaria? _____
- Quais as dificuldades de exercer o papel de conselheiro ou coordenador _____
- No seu entendimento em que o controle social ajuda na saúde do município _____

- Outras questões

Comente sobre qualquer assunto de desejar:

IV - Comentários gerais do entrevistador

Questões sobre duração da entrevista, facilidades e dificuldades na comunicação, disposição do entrevistado, local da entrevista etc. _____

Legislação analisada sobre Conselhos de Saúde			
Âmbito	Legislação	Assunto	Data
Brasil	Constituição Federal	Constituição Nacional	10/5/1988
	Lei nº 8080	Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.	9/19/1990
	Lei nº 8142	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.	12/28/1990
	Resolução do CNS nº 333 de 2003	Aprova as seguintes Diretrizes p/ Criação, Reformulação, Estruturação e Funcionamento dos Conselhos de Saúde	11/4/2003
Estado de São Paulo	Constituição Estadual de São Paulo	Constituição Estadual	10/5/1989
Descalvado	LOM	Lei Orgânica do Município de Descalvado	4/5/1990
	Lei nº 1.127	Dispõe sobre a organização e atribuições do CMS e dá outras providências	4/2/1991
	Regimento Interno	Regimento Interno - aprovado em reunião do CMS	18/04/1991
	Portaria nº 26/2008	Constitui CMS de Descalvado e da outras providências	5/3/2008
Dourado	LOM	Lei Orgânica do Município de Dourado	4/4/1990
	Lei nº 618	Dispõe sobre a composição, organização e competência do CMS e dá outras providências	20/03/1991
	Lei nº 986	Cria o CMS de Dourado e Revoga a Lei nº 618	4/5/2001
	Regimento Interno	Regimento Interno - aprovado em reunião do CMS (site www.cms.dourado.tur.br/regimento.htm)	5/5/2005
	Decreto nº 1564	Nomeia membros do CMS.	25/04/2006
Ibaté	LOM	Lei Orgânica do Município de Ibaté	4/3/1990
	Lei Municipal nº 1218	Institui o FMS e da outras providências	4/25/1991
	Decreto Executivo nº 916	Dispõe sobre a organização e atribuições do CMS e dá outras providências	3/27/1991
	Decreto Executivo nº 1433	Alterado § 1º do Artigo 3º do Decreto nº 916 (instalar as plenárias com a presença de 1/3 de seus membros, que deliberarão pela maioria dos votos presentes).	21/05/2002
	Decreto Executivo nº 1652	Dispõe sobre a Regimento Interno do CMS de Ibaté	21/07/2005.

	Lei nº 2167 .	Autoriza o Executivo a Instituir o CMS e da outras providências.	3/9/2005
	Decreto Executivo nº 1907	Nomeação cidadãos exercerem funções no CMS	2/1/2008
Porto Ferreira	LOM	Lei Orgânica do Município de Porto Ferreira	4/4/1990
	Lei nº 1.694	Cria CMS de Porto Ferreira	11/3/1991
	Lei nº 1714	Altera o Artigo 2º Lei nº 1.694 (composição do CMS de Porto Ferreira)	7/9/1991
	Lei nº 2.405	Dispõe sobre a regulamentação do CMS criado pela Lei nº 1.694/91	4/12/2005
	Regimento Interno	Regimento Interno	sem data
	Ribeirão Bonito	LOM	Lei Orgânica do Município de Ribeirão Bonito
Lei nº 1.476		Dispõe sobre a composição, organização e competência do CMS e dá providências correlatas	30/04/1991
Decreto nº 1652		Dispõe sobre nomeação membros CMS e FMS.	4/11/2008
São Carlos	LOM	Lei Orgânica do Município de São Carlos	4/5/1990
	Lei nº10.418/1991 .	Institui o FMS e da outras providencias (cria o CMS Artigo 3º)	25/04/1991
	Decreto nº 046	Cria CMS de São Carlos	29/04/1991
	Lei nº 13.194	Dispõe sobre a organização e atribuições do CMS e da outras providências	25/07/2003
	Decreto nº 91	Aprova Regimento Interno do CMS	27/05/2004.
	Decretos nº 165, 306, 342, 346 e 469	Nomeia membros para o CMS.	2007 e 2008

Conselhos Municipais de Saúde

Análise dos Instrumentos Legais dos Conselhos Municipais de Saúde a partir de categorias baseadas na Resolução do CNS nº 333 de 2003

Município	Lei Orgânica Municipal	
	Data	O que cita sobre CONTROLE SOCIAL
1	4/5/1990	Artigo 159° - O Conselho Municipal de Saúde, que....., garante a participação de representantes da comunidade, na elaboração e controle de políticas públicas de saúde, bem como na formulação, fiscalização e acompanhamento do sistema único de saúde.
2	4/4/1990	Artigo 185° - O Conselho Municipal de Saúde,, contará, na elaboração e controle de políticas públicas da saúde, bem como na formação, fiscalização e acompanhamento do sistema único de saúde, com a participação de representantes de serviços da área de saúde.
3	4/3/1990	Artigo 145° - O Conselho Municipal de Saúde,, contará, na elaboração e controle de políticas públicas da saúde, bem como na formulação, fiscalização e acompanhamento do sistema único de saúde, com a participação de representantes da comunidade, em especial, dos trabalhadores, entidades e prestadores de serviço da área de saúde. § 1º A Secretaria ou Departamento Municipal de Saúde ou extraordinariamente o C.I.M.S., convocará a cada ano uma conferência municipal de saúde... § 2º A toda unidade de serviço corresponderá um conselho gestor, formado por usuários, trabalhadores e representantes governamentais. Artigo 147° § 2º Os recursos financeiros do Sistema Municipal de Saúde,....., serão subordinados ao planejamento e controle do Conselho Municipal de saúde. § 4º A instalação de quaisquer novos serviços públicos de saúde deve ser discutida e aprovada no âmbito do Sistema Único de Saúde e do Conselho Municipal de Saúde,....
4	4/4/1990	Nada cita sobre Controle Social / Conselho Municipal de Saúde.
5	4/5/1990	Artigo 243° - As ações e serviços de saúde realizados no município, integram uma rede..... e constituem o sistema municipal de saúde, organizado de acordo com as seguintes diretrizes: ... III - outras diretrizes emanadas do Conselho Municipal de Saúde, que reunir-se-á a cada ano, com representantes de vários segmentos sociais, para avaliar a situação de saúde, convocada pelo responsável do órgão municipal de saúde. § 1º Fica criado o Conselho Municipal de Saúde de que trata o inciso III, deste artigo, de caráter consultivo, cujo objetivo é formular e controlar, a execução da política municipal de saúde. § 2º Quando o Conselho Municipal de Saúde se reunir anualmente, assumirá caráter de conferência municipal de saúde, com função deliberativa, conforme disposto no inciso III, deste artigo. Artigo 245° É de competência do município, IV - Elaboração e atualização do Plano Municipal de Saúde, em termos de prioridade e diretrizes municipais, e em consonância com o Plano de Saúde Municipal (negrito meu, pois escreve novamente) e de acordo com as diretrizes do Conselho Municipal de Saúde, aprovadas em lei;
6	4/5/1990	Artigo 284° - IV - Elaboração e atualização periódica do Plano Municipal de Saúde, em termos de prioridade e estratégias municipais, e em consonância com o Pleno Estadual de Saúde (negrito meu) e de acordo com as diretrizes do Conselho Municipal de Saúde e aprovadas em lei; Artigo 285° - Ficam criados no âmbito do município, duas instâncias colegiadas de caráter deliberativo: a Conferência e o Conselho Municipal de Saúde. § 1º - A Conferência Municipal de Saúde, convocada pelo Prefeito Municipal, com ampla representação de todos os segmentos da comunidade, objetiva a avaliar a situação do Município e propor as diretrizes da política municipal de saúde. § 2º O Conselho Municipal de Saúde tem por objetivo formular e controlar a execução da política municipal de saúde, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros.

Conselhos Municipais de Saúde

Análise dos Instrumentos Legais dos Conselhos Municipais de Saúde a partir de categorias baseadas na Resolução do CNS nº 333 de 2003

Município	Quanto à criação e Reformulação dos Conselhos			Regimento Interno	Quanto à Definição dos Conselhos	
	Ato de Criação		Alterações		definição do Conselho	É deliberativo?
	Tipo de ato	data	Alteração e Data	Ato e data		
1	Lei nº 1.127	1991	Não houve alterações	Regimento Interno aprovado em reunião extraordinária do CMS em 18/04/1991 e submetido a aprovação do Prefeito Municipal.	Artigo 1º - ...integrante da estrutura básica da Secretaria Municipal de Saúde.	Cita no Artigo 3º § 4º As decisões serão consubstanciadas através de ofícios.
2	Lei nº 618	1991	Revogada pela Lei nº 986 de 05/04/2001	Tem Regimento Interno aprovado em reunião ordinária CMS de 05/05/2001.(site do CMS)	Artigo 1º - ...como órgão colegiado superior, responsável pelo Sistema Único de Saúde - SUS no município de Dourado, SP ., ... Artigo 1º do R.I -CMS órgão de instância máxima colegiada, deliberativa e de caráter permanente...	Artigo 1º Fica criado o Conselho de Municipal de Saúde , com funções de caráter deliberativo, normativo, fiscalizador e consultivo, ... Artigo 1º do R.I -CMS órgão de instância máxima colegiada, deliberativa e de caráter permanente... Artigo 2º do R.I. ... CMS com finalidade de atuar e deliberar na formulação e controle da... política municipal de saúde, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros...
3	Decreto Executivo nº 916.	1991	Alterado pelo Decreto Executivo nº 1433 de 21/05/2002: Artigo 1º § 1º As sessões plenárias do CMS instalar-se-ão com a presença de 1/3 de seus membros, que deliberarão pela maioria dos votos dos presentes. Revogada pela Lei nº 2167 de 09/03/2005.	Regimento Interno Publicado pelo Decreto Executivo nº 1652 de 21/07/2005.	Artigo 1º - ...órgão permanente, deliberativo e normativo do Sistema Único de Saúde no âmbito municipal, ...	Artigo 1º -, que têm por competência formular estratégias e controlar a execução da política de saúde do município, inclusive nos seus aspectos econômicos e financeiros.
4	Lei nº 1.694	1991	Alterado o Artigo 2º (composição do CMS) pela Lei nº 1714 de 09/07/1991 e Lei nº 2.405 de 12/04/2005 que dispõe sobre a regulamentação do CMS criado pela Lei nº 1.694.	Regimento Interno sem data.	Artigo 1º - ...parte integrante da estrutura básica do Departamento Municipal de Saúde. Artigo 1º do R.I -CMS órgão colegiado, deliberativo e de natureza permanente do SUS, no âmbito do município...	Cita no Artigo 3º § 4º As decisões do CMS serão consubstanciadas através de ofícios, após a lavratura da ata competente da reunião. Artigo 1º do R.I -CMS órgão colegiado, deliberativo e de natureza permanente do SUS, no âmbito do município...
5	Lei nº 1.476	1991	Não houve alterações	Não tem Regimento Interno	Não define.	Cita no Artigo 6º § 4º As decisões do Conselho Municipal de Saúde serão consubstanciadas em deliberações.
6	Decreto nº 046 e Lei 10.418 de 25/04/1991 FMS (artigo 3)	1991	Revogada pela Lei nº 13.194 de 25/07/2003 as disposições contrárias, em especial parágrafo único do Artigo 3º da lei 10.418/1991 .	Regimento Interno publicado pelo Decreto nº 91 de 27/05/2004.	Artigo 1º - ...vinculado à Secretaria Municipal de Saúde, instituído como uma instância colegiada deliberativa e de natureza permanente	Cita no Artigo 1º - ...instância colegiada deliberativa.....tendo como finalidade deliberar sobre a política de saúde no âmbito do Sistema de Único de Saúde - SUS - no município de São Carlos.

Conselhos Municipais de Saúde

Análise dos Instrumentos Legais dos Conselhos Municipais de Saúde a partir de categorias baseadas na Resolução do CNS nº 333 de 2003

Município	Composição do Conselho				
	paridade (50% usuários)	forma de escolha/indicação por segmento			
		usuário	trabalhador de saúde	prestador de serviço	Gestor
1	sim	Indicação de presidentes de Centros comunitários, clubes de serviços, associações de bairros	Indicação de cada entidade	Indicação de cada entidade	indicação do Diretor da Divisão de Saúde e Higiene Pública do município e diretor do ERS 53
2	sim	vide item anterior: Artigo 4º - os membros do CMS serão indicados pelos segmentos e entidades que representam....	vide item anterior: Artigo 4º - os membros do CMS serão indicados pelos segmentos e entidades que representam....	vide item anterior: Artigo 4º - os membros do CMS serão indicados pelos segmentos e entidades que representam....	indicados pelo poder público municipal. Artigo 4º - os membros do CMS serão indicados pelos segmentos e entidades que representam....
3	sim	Artigo 3º ... indicados por organismos ou entidades privadas, movimentos comunitários, associação de moradores, associações de portadores de deficiência, associações de idosos e outros que existirem no município.	indicados dos respectivos segmentos	não tem representação	indicados dos respectivos segmentos
4	Sim. Artigo 2º ... Será composto por 50% de usuários e 50% por representantes do governo, trabalhadores de saúde e prestadores de serviços na área de saúde...	Artigo 2º ... § 1º Os membros do CMS serão nomeados por Portaria do Prefeito Municipal, mediante indicação dos respectivos segmentos. § 2º Os membros do C.M.S., poderão, a qualquer tempo, por iniciativa escrita e fundamentada do Chefe do Executivo ou pela direção da entidade, conforme o caso, serem substituídos.			
5	não	Artigo 2º ... § 1º Os membros do CMS serão nomeados pelo Prefeito Municipal, mediante critério a serem estabelecidos por Decreto.			
6	Sim. Artigo 22. Para garantir o princípio da paridade nas reuniões do CMS, na ausência de membros titulares e seus suplentes do segmento usuário, os suplentes de usuários presentes no plenário poderão assumir as vagas durante a reunião, independente da entidade ou região que corresponder a representação. Artigo 10 R.I. A composição do Plenário definida pela Lei 13.194 e a paridade dos usuários em relação ao conj. dos demais segmentos.	Artigo 6º Usuários das regiões deverão ser eleitos entre seus pares, comprovar residência na região, não ter vínculo ou subordinação hierárquica com Órgão Municipal de Saúde. § 2º O processo eleitoral... deverá indicar três candidatos, mais votados, devendo o primeiro ser nomeado como titular, o segundo como primeiro suplente e o terceiro como segundo suplente. Artigo 5º as entidades representativas ... e dos usuários deverão eleger seus representantes... em assembleias amplamente divulgadas.	Artigo 5º as entidades representativas das categorias profissionais ... deverão eleger seus representantes... em assembleias amplamente divulgadas.	Artigo 3º II § 2º Na existência de mais de uma Instituição ...hospitalar ...,o representante deverá ser eleito entre seus pares.	representante da SMS indicado pelo Secretário Municipal de Saúde; representante da SES indicado pelo Diretor do respectivo órgão; representante das Secretarias Municipais da Educação e Cultura e da Cidadania e Ação Social indicados pelos Secretários das respectivas secretarias.

Conselhos Municipais de Saúde

Análise dos Instrumentos Legais dos Conselhos Municipais de Saúde a partir de categorias baseadas na Resolução do CNS nº 333 de 2003

Município	Quando à Estruturação e Funcionamento dos Conselhos				
	Tem dotação Orçamentária?	Tem secretaria Executiva?	Tem estrutura administrativa?	Contará com comissões?	Constituirá mesa diretora? Paritária eleita?
1	não cita	Artigo 3º § 6º Atenderá como Secretário do CMS um servidor do órgão Municipal de Saúde, designado pelo Presidente.	não cita	Artigo 10º do R.I. - O CMS poderá criar Comissões especiais,	não cita
2	Lei não cita. Artigo 27 do R.I. Item 12-Atribuições da Coordenadoria ou Secretaria Geral - Elaborar, submetendo-a ao CMS, a proposta orçamentária para o funcionamento do Conselho; 13 - Elaborar, submetendo-a ao CMS, a proposta orçamentária para a organização e instalação da Conferência Municipal de Saúde.	Artigo 10º Caberá aos Conselheiros a designação ...do Secretário Executivo do Conselho Municipal de Saúde, que serão escolhidos entre seus membros titulares. Artigo 4º do R.I. - O Conselho Municipal de Saúde de Dourado tem a seguinte organização: Plenário, Presidente, Secretaria e Coordenação Geral. Art.26º do R.I. - O Conselho Municipal de Saúde de Dourado- CMS- DOURADO terá uma Secretária/Coordenadoria Geral, diretamente subordinada ao Conselho Municipal. Parágrafo 1º - A Coordenadoria/Secretaria geral tem por finalidade a promoção do necessário apoio técnico-administrativo ao Conselho, suas Comissões e Grupos de Trabalho, fornecendo as condições para o cumprimento das competências legais expressas nos Capítulos I e II deste Regimento; Parágrafo 2º – O Coordenador/Secretário geral será eleito junto com o Presidente, respeitando os mesmos procedimentos;	Artigo 13. Secretaria Municipal proporcionara ao CMS ... suporte técnico administrativo necessário... (vide item anterior).	Artigo 11º O CMS poderá constituir comissões... Artigo 3 item 7 do R.I. - Propondo critérios para formação de comissões necessárias aprovando, coordenando e supervisionando suas atividades... Art.10º do R.I. - O Conselho Municipal de Saúde de Dourado...terá ...e quatro Comissões Intersetoriais permanentes: Orçamento e Finanças; Promoção de Saúde; Recursos Humanos; Controle, avaliação e acompanhamento do Plano Municipal de Saúde... Art.18º do R.I. - As Comissões Intersetoriais Permanentes, comissões permanentes e grupos de trabalho constituídas, criadas e estabelecidas pelo Plenário do CMS tem por finalidade ... Art.19º do R.I. - A critério do Plenário, poderão ser criadas outras Comissões Intersetoriais, setoriais e Grupos de Trabalho em caráter permanente ou transitório...	não cita. Cita:O CMS terá a seguinte organização: Plenária, Presidência, Secretaria/coordenação geral
3	Artigo 6º O Departamento Municipal de Saúde poderá prestar apoio administrativo e financeiro necessário ao funcionamento do Conselho. Artigo 36 (R.I.) - Da organização Orçamentária - O CMSI deverá propor dotação específica para atendimento de suas necessidades... Artigo 37(R.I.) ...terão por finalidade garantir a participação dos conselheiros nas Conferências e eventos...	Artigo 34 (R.I.) - O CMSI terá uma Secretaria Executiva, subordinada à presidência, com a finalidade de prestar apoio técnico-administrativo ao CMS e suas comissões. § ..contará com no mínimo um funcionário contratado pela Prefeitura... com qualificação compatível ... sala exclusiva, com equipamentos básicos...	Artigo 6º O Departamento Municipal de Saúde poderá prestar apoio administrativo e financeiro necessário ao funcionamento do Conselho.	Artigo 28º As Comissões permanentes ou transitórias criadas e estabelecidas pelo plenário...	Artigo 9 - O CMS terá a seguinte organização: Plenária, Comissões e Secretaria Executiva.
4	não cita	Artigo 3º § 6º - Atenderá como Secretário, um membro do CMS, eleito pelos membros do referido Conselho.	não cita	Artigo 4º (Competência). VII - Aprovar, coordenar e supervisionar as Comissões Intersetoriais.	não cita
5	não cita	Artigo 7º - Caberá ao Presidente a designação do Secretário Executivo do CMS.	Não define. Artigo 3º. Fica instituída junto ao CMS uma assessoria jurídica.... Contará com Procuradores, Assessores e Assistentes Técnicos pra o desempenho das funções. Serão designados pelo seu Presidente.	não cita	não cita
6	Artigo 25 - Os recursos financeiros e materiais necessários ao funcionamento do CMS serão providos pela SMS, mediante dotação orçamentária adequada. Artigo 31 R.I O CMS/SC deverá propor dotação orçamentária específica para atendimento de suas necessidades... §1º ..finalidade de garantir participação Conselheiros na conferência e eventos..., elaborar e distribuir Boletim informativo e outras ...	Artigo 24- A SMS deverá fornecer infra-estrutura necessária ao pleno funcionamento do CMS, que deve contar com uma Secretaria Executiva. Artigo 8º do R.I. O CMS SC tem as seguinte organização: I - Plenário; II - Comissões; III - Secretaria Executiva. Artigo 29 R.I. O CMS/SC terá Secretaria Executiva, subordinada a presidência, com a finalidade de prestar apoio técnico-administrativo ao Conselho e suas Comissões. § 1º A SE funcionará em sala exclusiva, com equipamentos básicos ... § 2º A SE contará com no mínimo um funcionário contratado pela PM com qualificação compatível para atender a demanda de trabalho.	Artigo 24- A SMS deverá fornecer infra-estrutura necessária ao pleno funcionamento do CMS,... Vide artigo 29 R.I.	Não cita. Artigo 8º do R.I. O CMS SC tem a seguinte organização: I - Plenário; II - Comissões; III - Secretaria Executiva. Artigo 25 R.I. Cita serão permanentes ou transitórias para articular políticas e programas de interesse para a saúde... Artigo 28. Composição (quatro representantes, paritária). § 1º Coordenador designado pelo plenário.	Não cita na lei. RI Artigo 8 - O CMS terá a seguinte organização: Plenário, Comissões e Secretaria Executiva.

Conselhos Municipais de Saúde

Análise dos Instrumentos Legais dos Conselhos Municipais de Saúde a partir de categorias baseadas na Resolução do CNS nº 333

Município	Quando à Estruturação e Funcionamento dos Conselhos						
	Periodicidade reuniões	Regimento Interno	Reuniões abertas ao público	Quorum das reuniões e decisões?	Manifestará por resoluções, recomendações ou outros atos?	Conferencia Municipal	Conselho Gestor local?
1	Artigo 3º ...reunir-se-á,ordinariamente, 1 X por mês, ou extraordinariamente quando convocado pelo presidente ou a requerimento da maioria dos seus membros.	Sim - Artigo 4º	não cita	Artigo 3º § 1º As sessões ... instalar-se-ão com a maioria dos seus membros, que deliberarão pela maioria dos votos presentes.	Artigo 3º § 4º As decisões serão consubstanciadas através de ofícios.	Não cita	Não cita
2	Artigo 9º ...reunir-se-á,ordinariamente, no mínimo 1 X por mês, ou extraordinariamente quando convocado pelo presidente ou quando convocado na forma regimental. Art.9º do R.I. - O Conselho Municipal de Saúde reunir-se-á, ordinariamente, mensalmente, e, extraordinariamente, por convocação do seu Presidente, do Diretor da Saúde, ou ...da maioria de seus membros.	Sim - Artigo 2 item XX	não cita	Artigo 9º Parágrafo 1º As reuniões... instalar-se-ão com a presença da maioria dos seus membros, com direito a voto, que deliberarão pela maioria dos presentes.	Artigo 12º As decisões do CMS, serão consubstanciadas em deliberações, cabendo a secretaria Municipal de Saúde, tomar medidas administrativas necessárias para suas efetivação. Art.13º do R.I. - As deliberações do Conselho Municipal de Saúde, observado o quorum estabelecido, serão tomadas pela metade mais um de seus membros, mediante: a. Resoluções...; b. Recomendações...; c. Moções...	Artigo 2º XXII - Solicitar a convocação da Conferencia Municipal de Saúde, no mínimo a cada dois anos; Artigo 3 item 17 do R.I. - Aprovar o regimento, a organização, e as normas de funcionamento da Conferência Municipal de Saúde, reunida, ordinariamente a cada ano, e convocá-la, nos termos da lei;	Artigo 2º XVII - Apoiar e normatizar a organização do Conselhos Comunitários de Saúde; Artigo 3º item 11 - estabelecer instruções e diretrizes gerais para formação Conselhos gestores de nível local,distrital, regional e municipal de serviços públicos e nos serviços privados, conveniados e contratados....
3	Artigo 5º - II - sessões plenárias serão realizadas ordinariamente a cada mês e extraordinariamente de acordo com o R.I.	Sim - Artigo 2º item XV	Artigo 5º - III - as sessões plenárias deverão ter divulgação ampla e acesso assegurado ao público. Artigo 23 (R.I.) - os suplentes dos representantes terão somente direito à voz quando os titulares não estiverem presentes. Artigo 24 (R.I.) ..serão abertas às pessoas interessadas, podendo ter direito a voz, por deliberação do Plenário.	Artigo 5º - IV - sessões com caráter deliberativo será necessária a presença da maioria simples dos membros do CMS, que decidirá pela maioria dos votos presentes. Artigo 16 (R.I.) - As sessões do CMS instalar-se-ão na primeira convocação, com a presença da maioria de seus membros, na segunda convocação ...com a presença de no mínimo metade dos seus membros, que deliberarão pela maioria,...	Artigo 27 (R.I.) - As deliberações do CMSI serão tomadas..., mediante: Resoluções, Recomendações e Moções. Parágrafo Único - passarão a vigorar após homologação do Diretor Municipal de saúde ...	Artigo 2º XVII - Viabilizar as Conferencias de Saúde. Artigo 5 - X (R.I.) - Convocar a Conferência Municipal de Saúde ordinariamente a cada dois anos e extraordinariamente quando necessária....	Não cita
4	Artigo 3º - O CMS. reunir-se-á, ordinariamente, 1 X por mês e extraordinariamente quando convocado pelo Presidente ou a requerimento da maioria de seus membros.§ 1º As sessões extraordinária do CMS, ... Instalar-se-ão com a maioria de seus membros... Artigo 4 -§1º do R.I. O quorum mínimo para realização da reunião será maioria simples. § 2º as sessões extraordinária...instalar-se-ão com maioria simples de seus membros,...	Sim - Artigo 3º § 5º O R.I. do CMS será elaborado e aprovado pelos próprios conselheiros....	Lei não cita. Artigo 4º § 5ºdo R.I. - As reuniões serão publicas, exceto quando algum Conselheiro solicitar o contrario, devendo ser a sugestão objeto de decisão por parte dos conselheiros.	Artigo 3º § 1º As sessões Extraordinárias ..., que deliberarão pela maioria de votos presentes. Artigo 4º § 1ºdo R.I. O quorum mínimo para realização da reunião será maioria simples. § 2º - as sessões extraordinária...instalar-se-ão com maioria simples de seus membros,...	Artigo 3º § 4º As decisões do CMS, serão consubstanciadas através de ofícios, após lavratura da ata competente da reunião.	não cita	não cita
5	Artigo 6º - O CMS reunir-se-á, ordinariamente 1 X a cada 06 meses e extraordinariamente quando convocado pelo Presidente ou a requerimento da maioria de seus membros.	Sim - Artigo 8º	não cita	Artigo 3º § 1º As Sessões Plenárias do CMS Instalar-se-ão com a presença da maioria de seus membros, que deliberarão pela maioria de votos presentes.	Artigo 6º § 4º As decisões do CMS serão consubstanciadas em deliberações.	não cita	não cita

6	<p>Artigo 16 - O CMS reunir-se-á, ordinariamente 1 X por mês e extraordinariamente quando convocado pelo Presidente ou a requerimento de no mínimo 1/3 dos seus membros.</p>	<p>Sim - Artigo 23</p>	<p>Não cita. Artigo 21 R.I. As sessões plenárias serão abertas à pessoas interessadas, podendo ter direito a voz, por deliberação do Plenário.</p>	<p>Artigo 17 As Sessões Plenárias do CMS instalar-se-ão, na primeira convocação, com a presença da maioria de seus membros, e em segunda convocação, após 30 minutos, com a presença de no mínimo 1/3 dos seus membros, que deliberarão pela maioria.</p>	<p>Não cita. Artigo 20. As decisões do CMS serão amplamente divulgadas, especialmente entes os serviços do SUS. Artigo 24 R.I. As deliberações do CMS/SC, quando necessário, serão transformadas em: - resoluções...; II - recomendações, ...; III - moções ... § vigora após homologação da SMS</p>	<p>Artigo 2º- XIII - Convocar a Conferência Municipal de Saúde ordinariamente a cada dois anos e extraordinariamente quando necessária, aprovando seu regulamento e normas de funcionamento.</p>	<p>Artigo 2º - X - Propiciar a comunicação efetiva entre os Conselhos Gestores Locais e o CMS; XI - Propor a criação de CG junto a prestadores de serviços do SUS, sejam eles públicos ou privados...; XII - apreciar e deliberar sobre os recursos e decisões que extrapolem o âmbito local, encaminhado pelos CGL ao CMS.</p>
---	---	-------------------------------	---	--	--	---	--

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM MESTRADO
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado a participar de um estudo com a finalidade analisar a participação social na gestão do Sistema de Saúde Municipal, no recorte dos Conselhos Municipais de Saúde em uma Região de Saúde na área de abrangência do Departamento Regional de Saúde III de Araraquara. Os objetivos específicos do trabalho serão analisar a legislação municipal vigente dos Conselhos de Saúde à luz da resolução nº 333 e outros aparatos legais vigentes; identificar os caminhos propostos nos Termos de Compromisso de Gestão previsto no Pacto pela Saúde em seu eixo Participação e Controle Social; e explicitar a percepção de conselheiros municipais de saúde quanto ao papel do Conselho de Saúde neste processo. Acreditamos que é fundamental analisarmos como os conselheiros municipais de saúde avaliam o Controle Social no Sistema Único de Saúde para melhor qualificar esta participação.

Nesse encontro, realizaremos entrevistas individuais com roteiro semi-estruturado nas quais solicitamos que você fale sobre suas percepções acerca do Controle Social no exercício do papel de conselheiro municipal de saúde. Considerar o conselheiro de saúde como participante da formulação de políticas de saúde e fiscalização de sua execução torna-se condição fundamental para a construção e viabilização de reais mudanças institucionalizadas e legitimadas socialmente. Todos os aspectos que você abordar nessas várias perspectivas contribuirão para a compreensão dos aspectos referidos acima. Tais entrevistas serão gravadas, a partir do seu consentimento, e transcritas para análise e interpretação dos dados.

Você participa se estiver de acordo. Os riscos poderão ser mínimos, devido a algum desconforto durante a entrevista, que você poderá interromper sua participação quando quiser sem penalização alguma e sem prejuízo. Não haverá gasto de qualquer natureza. Você poderá solicitar esclarecimentos quando sentir necessidade, antes e durante o curso da pesquisa. O que for dito, registrado e escrito será respeitosamente utilizado em publicações e apresentados em eventos científicos, assegurando seu anonimato.

O telefone para contato com a pesquisadora (16/3351-8334) estará à sua disposição para quaisquer esclarecimentos referentes à pesquisa ou no Comitê de Ética da UFSCar, que aprovou este projeto de pesquisa. Este Comitê funciona na Pró-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa da UFSCar – Rod. Washington Luiz, Km. 235 - Caixa Postal 676 – CEP 13.565-905 - São Carlos – SP (16/3351-8110).

Agradeço a sua colaboração neste trabalho.

Vera Dib Zambon
End: Rua 28 de setembro, 1963,
Centro – São Carlos/ SP

Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar.

Nome

Data