

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA – UnB
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE

OLINTO FERREIRA JÚNIOR

**CONTROLE SOCIAL: CONSTRUINDO A GESTÃO PARTICIPATIVA
DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE NO MUNICÍPIO DE CACOAL-
RONDÔNIA**

BRASÍLIA – DF

2008

OLINTO FERREIRA JÚNIOR

**CONTROLE SOCIAL: CONSTRUINDO A GESTÃO PARTICIPATIVA
DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE NO MUNICÍPIO DE CACOAL –
RONDÔNIA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da Universidade de Brasília (UnB), como requisito parcial para a obtenção do grau de Mestre.

Orientadora: Prof^ª Dr^ª Diana Lúcia Moura Pinho

BRASÍLIA – DF

2008

FOLHA DE APROVAÇÃO

Autor: Olinto Ferreira Júnior

Título: Controle social: construindo a gestão participativa do Sistema Único de Saúde no município de Cacoal – Rondônia

Natureza: Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da UnB para obtenção do grau de Mestre.

Defendida e aprovada em: ____/____/____

BANCA EXAMINADORA

Prof^ª Dr^a Diana Lúcia Moura Pinho
Presidente

Prof. Dr. Carlos Alberto Bezerra Tomaz
Membro

Prof. Dr. Oviromar Flores
Membro

Prof^ª Dr^a Moema da Silva Borges
Suplente

Brasília – DF

2008

Dedico este trabalho à minha esposa Maria Helena e à minha filha Juliana, pelo incondicional apoio nos momentos mais difíceis desta caminhada.

AGRADECIMENTOS

A Deus, fonte de toda luz e sabedoria, por me iluminar nesta jornada.

À Profª Drª Diana Lúcia Moura Pinho pelo apoio, pela confiança e pela amizade em todos esses meses de trabalho.

À minha família pelo incentivo e por compreender a importância deste trabalho.

Aos amigos Airton e Ozias pela possibilidade de concluir este projeto.

Aos amigos Neide, Adriano e Adi pelo permanente apoio e estímulo.

Aos professores do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da UnB.

Aos colegas de Pós-Graduação, de modo particular à Bernadete, Meika e Simone, companheiras de discussão.

Aos membros do Conselho Municipal de Saúde de Cacoal e usuários do SUS entrevistados para este estudo, pelo acolhimento e por compartilharem suas experiências. “Espero sinceramente que estas reflexões possam contribuir para aprimorar o controle social e a gestão participativa no CMS de Cacoal”.

Ao Secretário Municipal de Saúde Luiz Cláudio Soares Azambuja e equipe da SEMUSA pela gentileza no fornecimento de dados e informações.

Aos vereadores de Cacoal, particularmente à Drª Raquel, Katatal e Masioli pela compreensão nas minhas ausências.

E a todos que, de alguma forma, contribuíram com esta jornada, meu muito obrigado.

“[...] a alienação total de cada associado com todos os seus direitos a favor de toda a comunidade, pois primeiramente, cada um se dando por inteiro, a condição é igual para todos, e a condição sendo igual para todos, ninguém tem o interesse de torná-la onerosa para os outros”.

Rousseau

RESUMO

A participação da sociedade é uma das diretrizes fundamentais, fixada na Constituição Brasileira de 1988, para a criação do Sistema Único de Saúde (SUS). O princípio da participação social, como instrumento de ação controladora da sociedade sobre as políticas de saúde, por meio de mecanismos próprios específicos em relação ao SUS está no contexto do que chamamos controle social. Os mecanismos para o seu exercício se estruturam na forma de conferências e conselhos de saúde. As Conferências de Saúde reúnem os representantes da sociedade (os usuários do SUS), do governo, dos profissionais de saúde, dos prestadores de serviços, parlamentares e outros para avaliar a situação da saúde e propor as diretrizes para a formulação da política de saúde nos municípios, nos estados e no país. Os Conselhos de Saúde são as instâncias de controle do SUS pela sociedade nos níveis municipal, estadual e federal. Eles foram criados para permitir que a população possa interferir na gestão da saúde, defendendo os interesses da coletividade, ou seja, a participação da sociedade na avaliação, modificação e definição das políticas de saúde a serem implementadas e desenvolvidas no município. Como tem se organizado esse espaço de participação no contexto dos municípios? Analisar a experiência do controle social e da gestão participativa do Conselho Municipal de Saúde (CMS) de Cacoal - RO, enquanto espaço de participação para o fortalecimento do Sistema Único de Saúde (SUS), no período de junho de 1991 a janeiro de 2008, é o objetivo deste estudo. Trata-se de um estudo de caso do tipo exploratório de natureza qualitativa. A coleta de dados foi realizada de julho de 2007 a janeiro de 2008, por meio da análise de documentos, observações e entrevistas, com roteiro semi-estruturado. Participaram do estudo todos os atuais (21) conselheiros de saúde do município de Cacoal – RO e 100 usuários do sistema local de saúde. O estudo foi realizado em três etapas, na primeira realizou-se a análise de documentos (atas, legislação); na segunda entrevistou-se os conselheiros e observou-se as reuniões do CMS, audiências e conferências e na terceira etapa foram entrevistados os usuários do sistema local de saúde. Os resultados mostram algumas das dificuldades enfrentadas pelos conselheiros para o exercício do controle social, com destaque para a falta de respostas satisfatórias às reivindicações apresentadas, pautas extensas para serem discutidas nas reuniões e estrutura precária do Conselho. O CMS de Cacoal – RO foi criado em 1991, com 20 representantes, e desde a sua criação teve seis alterações na sua composição, onde ficou evidenciada a quebra do princípio da paridade e a participação de políticos com cargo eletivo. Quando analisadas as formas de indicação de conselheiros, observa-se que a maioria representa a gestão do sistema. Apesar das atribuições do CMS, previstas na legislação, permearem as esferas consultiva, deliberativa e fiscalizadora, observa-se que o CMS do município campo de estudo tem atuado, basicamente, como instância para homologar as políticas propostas pela gestão do sistema, ficando em segundo plano as ações de formulação, controle e articulação destas políticas. Estes resultados possivelmente refletem as formas de composição e indicação do CMS, bem como, apontam para a necessidade de criação de programas de capacitação para os conselheiros. Evidencia-se ainda que, apesar do CMS se constituir em espaço legal para as discussões da melhoria das ações e dos serviços de saúde, a participação e o exercício do controle social são ainda inexpressivos. Se por um lado os conselheiros percebem o controle social como a capacidade organizativa da sociedade interferir na gestão pública, por outro os usuários entrevistados não sabem o que significa o controle social, não conhecem o CMS e nem os conselheiros, o que demonstra a urgência de criação de mecanismos mais eficientes de articulação entre CMS e a comunidade e a necessidade de publicização das atribuições e das ações do CMS. Neste contexto, pode-se

considerar que o CMS do município campo de estudo está organizado como espaço de homologação das políticas municipais, não se configurando ainda como espaço de participação, arena onde convergem as necessidades e as disponibilidades do sistema de saúde. Os resultados apontam, também, para a necessidade de superar desafios, caminhando para ampliar os mecanismos de articulação com a sociedade e os canais de divulgação de informações; de rever as formas de indicação dos conselheiros e de fomentar o caráter consultivo, deliberativo e fiscalizador do CMS, contribuindo, assim, para a concretização do controle social e da gestão participativa para o fortalecimento do SUS no município.

Palavras-chave: Controle Social. Gestão Participativa. SUS. Conselho Municipal de Saúde.

ABSTRACT

The participation of the society is one of the fundamental directives, fixed in the Constitution of 1988, in creation of Unified Health System (SUS). The principle of the social participation, as instrument of the controller action of society about health politics, through specifics mechanisms related with SUS, is in the context of Social Control. The mechanisms of the exercise are organized in the form of Health Conferences and Councils. The health conferences reunite the representatives of the society (SUS users) and also of the government, health professionals, serviceable people, parliamentarians and other ones to “evaluate the situation of health and propose guidelines for the formulation of the health politics” at the cities, estates and even the country. The Health Councils are the department of SUS control through the society at the municipal state and federal levels. They were created to allow the intervention of population in the health management which defends the public interests, in other words, the participation of society at the evaluation, modification and definition of health politics that will be implanted and developed inside the municipality. How this place of participation is been organized in the municipalities context? The aim of this work is to analyze the experience of the Social Control and the Partaken Management of the Health Municipal Council (CMS) of Cacoal – RO, while the place of participation for the fortifying of SUS, in a period of July 1997 to January 2008 by analyzing documents, remarks and applied interviews. All the (21) currents municipal health councilors from Cacoal – RO and a hundred local health system users were participating on this study. The study were divided in three stages: at the first one, it were made the analyzing documents, by minutes and legislation, at the second one, the councilors were interviewed and also the CMS meetings, audiences and conferences were observed and finally at the third stage, the local health system users were interviewed. The results show some of the difficulties that the councilors had to face for the exercise of the Social Control, especially in the lack of the answers related to the claims that were introduced, vast guidelines to be discussed on the reunions and the precarious structure of the Council. The CMS of Cacoal – RO, was created in 1991, made up of 20 representatives and since your creation it had six alterations in the arrangement, which become evident the bankrupt of equality principle and the participation of political with an elective duty, when the indication forms are analyzed, it noticed that most of them represent the system administration. In spite of the attributions of CMS that were already foreseen in the legislation, permeate some consultative, deliberative and controlled areas, it can be seen that the municipality local of study of CMS, has been working, basically, as an instrument to take into consideration and approve the politics that were proposed by the system, keeping away the action of formulation, control and articulation from these politics. From the results it is still possible to conclude that composition and indication forms of CMS, demonstrate the necessity about the creation of the programs of appropriate capacity for the councilors. It is still evident that even though the CMS is constituted on a lawful place for the debates with an aim to make actions and the health services better, the participation and exercise of Social Control are even so inexpressive and taking into consideration that the councilors accept the Social Control as the capacity of society to interfere in the public arrangements, on another hand, the interviewed users, don't comprehend the meaning of Social Control, don't even know the CMS and the councilors, proving that a mechanisms creation with more efficient articulations between the Council and the community and make CMS action and attributions public, is needed with urgency. In this context it can be considerate that the municipality local

of study is organized as a homologation place of municipal politics but still not formed like a place of participation, where the health system necessity and availability are converged. Among other conclusion it is postulated the necessity of outstrip challenges, amplifying the articulation mechanisms with society and the information through divulgence; examine some indication forms of the councilors and finally promote the consultative, deliberative and controlled character of CMS, contributing in this way for the concretizing of Social Control and Partaken Management for the fortification of SUS in the municipality.

Key Words: Social Control. Partaken Management. Unified Health System. Health Municipal Council.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	14
1.1 Objetivos.....	18
1.1.1 Geral.....	19
1.1.2 Específicos.....	19
2 REFERENCIAL TEÓRICO.....	20
2.1 O direito à saúde.....	20
2.2 O Sistema Único de Saúde – breve histórico.....	21
2.3 O SUS e dificuldades relativas à sua implantação.....	22
2.4 Controle social: a conquista na legislação do SUS.....	25
2.5 O processo de construção do controle social no SUS.....	27
2.6 A participação social: breves considerações.....	28
2.7 A participação em conselhos e o controle social.....	30
2.8 Gestão participativa em saúde.....	32
3 MÉTODO.....	36
3.1 Tipo de estudo.....	36
3.2 Local e participantes do estudo.....	36
3.3 Critérios de inclusão e exclusão.....	37
3.4 Aspectos éticos.....	37
3.5 Coleta de dados.....	37
3.5.1 Procedimentos e instrumentos.....	37
3.5.2 Análise dos dados.....	39
4 RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	40
4.1 O contexto do estudo.....	40
4.2 O Conselho Municipal de Saúde de Cacoal.....	41
4.3 Atribuições do Conselho Municipal de Saúde.....	46
4.4 Estratégias de indicação e composição do Conselho Municipal de Saúde.....	48
4.5 Perfil social dos conselheiros.....	51
4.6 Percepção dos conselheiros.....	52
4.7 Perspectivas de atuação dos conselheiros e do CMS.....	58
4.8 Percepção dos usuários.....	64
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	68
REFERÊNCIAS.....	70
APÊNDICES.....	76
Apêndice A.....	77
Apêndice B.....	81
Apêndice C.....	82
Apêndice D.....	85
ANEXO.....	86
Anexo A.....	87

LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Evolução na composição do CMS.....	45
--	----

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Atuação do conselheiro no Conselho Municipal de Saúde.....	58
Tabela 2: Atuação do CMS na execução das políticas municipais de saúde.....	62
Tabela 3: Atuação do CMS na fiscalização financeira e orçamentária dos recursos aplicados nas ações municipais de saúde.....	63
Tabela 4: Articulação do CMS com outros setores da sociedade.....	63

LISTA DE SIGLAS

AIS – Ações Integradas de Saúde

CEP – Comitê de Ética em Pesquisa

CF – Constituição Federal

CMS – Conselho Municipal de Saúde

CNS – Conselho Nacional de Saúde

FACIMED – Faculdade de Ciências Biomédicas de Cacoal

GERUS – Gerenciamento de Unidades de Saúde

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

INAMPS – Instituto de Assistência Médica da Previdência Social

MPAS – Ministério da Previdência e Assistência Social

OMS – Organização Mundial da Saúde

PEC - Programa de Extensão e Cobertura

PMC – Prefeitura Municipal de Cacoal

SEDAM – Secretaria de Desenvolvimento Ambiental

SEMPPLAN – Secretaria Municipal de Planejamento

SEMUSA – Secretaria Municipal de Saúde

SESAU – Secretaria de Saúde do Estado de Rondônia

SUDS – Sistema Único Descentralizado de Saúde

SUS – Sistema Único de Saúde

UBS – Unidade Básica de Saúde

INTRODUÇÃO

Quando se fala do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre os temas da saúde para o cidadão comum e o grande público em geral, observa-se que há um grande desconhecimento do que é de fato esse sistema de serviços. Mais que isso, muitos associam ao tema a noção de serviço público prestado de forma precária para a população carente.

Tendo em vista esse contexto do senso comum, ao lado de inquietações suscitadas mediante as grandes possibilidades que se apresentam para a participação cidadã na construção deste novo modelo de gestão da saúde no país, surgiu o interesse de investigar se as impressões e percepções compartilhadas em relação ao SUS fazem sentido.

A intenção deste trabalho é analisar as experiências vivenciadas em relação ao controle social e à gestão participativa no Conselho Municipal de Saúde (CMS) de Cacoal-RO, enquanto espaço de participação visando o fortalecimento do Sistema Único de Saúde no município.

O Sistema Único de Saúde – SUS – foi criado pela Constituição Federal de 1988 e regulamentado pelas Leis Federais nº 8080/90 (Lei Orgânica da Saúde) e nº 8142/90, com a finalidade de alterar a situação de desigualdade na assistência à saúde da população, tornando obrigatório o atendimento público a qualquer cidadão.

O SUS foi institucionalizado por diretriz constitucional, determinando que as ações e serviços públicos de saúde constituíssem um sistema único, integrado numa rede regionalizada e hierarquizada, sob as regras da descentralização, com direção única em cada esfera de governo, enfatizando o princípio do **atendimento integralizado** (a todos indistintamente, universal) e a **participação da comunidade**.

A Lei nº 8080/90 surgiu para regulamentar os princípios constitucionais, dentre eles o atendimento integralizado - a universalidade e gratuidade, e ainda dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, bem como a organização e o

funcionamento dos serviços a serem prestados por pessoas físicas ou jurídicas de direito público e privado, este último na forma contratada ou conveniada.

A participação da comunidade é regulamentada pela Lei nº 8142/90, que prevê a criação das instâncias colegiadas da Conferência de Saúde e do Conselho de Saúde (art. 1º). As Conferências de Saúde reúnem os representantes da sociedade (os usuários do SUS), do governo, dos profissionais de saúde, dos prestadores de serviços, parlamentares e outros para “avaliar a situação da saúde e propor as diretrizes para a formulação da política de saúde” nos municípios, nos estados e no país (LEI FEDERAL nº 8142, de 28/12/90, art. 1º, § 1º).

Os Conselhos de Saúde são as instâncias de controle do SUS pela sociedade nos níveis municipal, estadual e federal. Eles foram criados para permitir que a população possa interferir na gestão da saúde, defendendo os interesses da coletividade para que estes sejam atendidos pelas ações governamentais.

Os Conselhos de Saúde, órgãos colegiados compostos por representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários atuam em caráter permanente e deliberativo na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, na instância correspondente: federal, estadual e municipal (LEI FEDERAL nº 8142, de 28/12/90, art.1º, §2º). A representação dos usuários nos conselhos deve ser paritária em relação ao conjunto dos demais segmentos.

Essa forma de participação institucionalizada é definida por Carvalho (1995, p.26) como o “processo de inclusão no arcabouço jurídico institucional do Estado de estruturas de representação direta da sociedade”, o que converte os conselhos, na sua acepção, em “espaços estatais contra-hegemônicos” (CARVALHO, 1995, p.111).

Nesse contexto, a gestão participativa pressupõe conselhos atuantes e deliberativos e conferências definindo prioridades locais, estaduais e nacionais, que devem pautar e definir as políticas de saúde a serem implementadas.

Os conselheiros de saúde devem defender os interesses e necessidades da população que precisa e usa os serviços do SUS, exercendo o **controle social** ao lutar para garantir, na prática, o direito constitucional à saúde com qualidade e o respeito à dignidade humana. “O

controle social não deve ser traduzido apenas em mecanismo formal e sim, refletir-se no real poder da população em modificar planos, políticas, não só no campo da saúde” (BRASIL, 1992, p.33, grifo nosso).

A proposta de controle social instituída pela Constituição brasileira abriu perspectivas para uma prática democrática ímpar no setor saúde, considerando-a a capacidade de a sociedade civil interferir na gestão pública, seja orientando as ações do estado seja orientando os gastos estatais para atendimento dos interesses coletivos (CORREIA, 2000). Essa compreensão diferiu totalmente da inicialmente empregada pela Sociologia, segundo a qual os autores destacavam “[...] os processos de influência da sociedade (ou do coletivo) sobre o indivíduo” (CARVALHO, 1995, p. 9) que, quando aplicada à relação estado–sociedade, se traduz em intervenções estatais em todas as esferas da sociedade. Para Morita, Guimarães e Muzio (2006, p.50), a instituição do Sistema Único de Saúde (SUS), criando instâncias de controle através de Conferências e Conselhos de Saúde, como meios de cumprir o princípio constitucional da “participação da comunidade”, asseguraria o controle social sobre as ações e serviços de saúde do município, estado e nação. Em todas as esferas de governo o Conselho de Saúde teria competência para examinar e aprovar as diretrizes da política de saúde, definida prioritariamente através das Conferências, a fim de que fossem alcançados seus objetivos. Ao atuar na formulação de estratégias, o Conselho poderia aperfeiçoá-las, propor meios aptos para sua execução ou mesmo indicar correções de rumos. Podemos perceber que a participação apresentou um grande apelo democrático e foi altamente valorizada, tornando-se uma palavra de ordem para diferentes grupos e setores sociais (MORITA e CONCONI, 2002).

O Guia de Referência para Conselheiros Municipais de Saúde, editado pelo Ministério da Saúde, destaca que:

com a participação da comunidade na gestão do SUS se estabelece uma nova relação entre Estado e a Sociedade, de forma que as decisões do Estado sobre o que fazer na saúde terão que ser negociadas com os representantes da Sociedade, uma vez que eles são quem melhor conhecem a realidade da saúde da comunidade. Por isso, esta participação é entendida como uma das formas mais avançadas de democracia (2001, p.14-15).

É importante destacar, também, a participação da sociedade como uma das diretrizes fundamentais da Reforma Sanitária Brasileira fixada na Constituição de 1988. Com o advento do Sistema Único de Saúde, na forma em que foi concebido no novo texto constitucional, com

ênfase na descentralização das políticas públicas e na participação social, está posto o desafio da mudança do paradigma da saúde. Esta mudança envolve outro modelo assistencial para a saúde que somente se processará com o envolvimento efetivo e o esforço de todos os setores engajados no processo: gestores, profissionais e usuários (COSTA e NORONHA, 2003).

Para que este novo paradigma se concretize, será necessária uma mudança de cultura na forma de gestão e na concepção de valores dos dirigentes do sistema, dos profissionais e dos usuários do SUS. Os representantes da sociedade participam das decisões para a formulação, modificação e implementação das políticas de saúde dos seus municípios? Como tem se organizado este mecanismo de negociação no contexto dos municípios?

O princípio da participação social, como instrumento de ação controladora da sociedade sobre o Estado, por meio de mecanismos próprios específicos em relação ao SUS (a exemplo da exigência da criação de conselhos e conferências de saúde), está no contexto do que chamamos controle social. Portanto, o controle social expressa o objetivo de controle da sociedade sobre as políticas de saúde, nesta perspectiva, o aperfeiçoamento do controle social e da gestão participativa se apresenta de forma relevante como objeto de análise.

Analisar a experiência do controle social e da gestão participativa para o fortalecimento do SUS no município de Cacoal, estado de Rondônia, é o objetivo deste estudo, destacando a atuação do Conselho Municipal de Saúde enquanto espaço de participação da sociedade na avaliação, modificação e definição das políticas de saúde a serem implementadas e desenvolvidas no município.

Porque mesmo tendo a garantia legal do espaço nas discussões da melhoria dos serviços de saúde, por meio dos conselhos, a participação é ainda inexpressiva? A comunidade tem participado da gestão do SUS? Como são escolhidos os representantes? Como os representantes elaboram as demandas da sociedade? Assim, com o presente estudo espera-se analisar as mudanças decorrentes da implantação do Sistema Único de Saúde – SUS, em especial no processo de concretização do controle social e da gestão participativa para o fortalecimento do SUS no município de Cacoal, estado de Rondônia.

Pretende-se, ainda, compreender os interesses, poder de decisão e comprometimento dos diferentes atores participantes desse processo e os avanços e/ou retrocessos na área da

saúde decorrentes da implementação desta experiência de participação no Conselho Municipal de Saúde, no município de Cacoal. Busca-se, ainda discutir os fatores que influenciam na efetivação do controle social e da gestão participativa nos conselhos de saúde, que passam pela formação e organização de seus atores.

Parece relevante ressaltar que o Sistema Único de Saúde, em seus princípios e diretrizes, expressa uma concepção ideal que pressupõe mudanças na estrutura social brasileira, particularmente nos municípios. Tal processo não deve se constituir em mera formalidade, mas no exercício pleno de cidadania que objetive a construção de um espaço público de discussão no aparato estatal. É imprescindível a efetivação de um espaço democrático de vocalização de demandas, em que sejam possíveis a negociação e pactuação de idéias entre os atores envolvidos, além da transparência no processo decisório, para que se caminhe na consolidação do exercício de controle social nas instâncias colegiadas do SUS.

Espera-se com o desenvolvimento da pesquisa discutir questões relevantes relacionadas à problemática que envolve o fortalecimento do Sistema Único de Saúde (SUS), em especial do controle social e da gestão participativa, tanto em uma perspectiva mais geral, tendo como referência discussões presentes na literatura, quanto em uma específica, no nível de nosso universo empírico: município de Cacoal, no estado de Rondônia. Inegavelmente, os resultados deste trabalho poderão trazer subsídios, reflexões e servir de referência para visualizar como se encontra, no estágio atual, o que poderá ser implementado, no nível de cada realidade, e o que seria desejável na prestação dos serviços públicos de saúde pelos municípios.

Os resultados do presente estudo serão encaminhados à Secretaria e Conselho Municipal de Saúde de Cacoal, como forma de subsidiar as ações e metas visando melhorar a atuação do seu respectivo sistema.

1.1 OBJETIVOS

1.1.1 Geral

Analisar a experiência do controle social e da gestão participativa do Conselho Municipal de Saúde de Cacoal -RO, enquanto espaço de participação para o fortalecimento do Sistema Único de Saúde (SUS), no período de junho de 1991 a janeiro de 2008.

1.1.2 Específicos

- . Caracterizar a constituição, a organização e as atribuições do Conselho Municipal de Saúde no município de Cacoal – RO;
- . Descrever as formas de indicação e composição do Conselho Municipal de Saúde;
- . Identificar a percepção dos membros do CMS sobre saúde, SUS e controle social;
- . Descrever as estratégias dos conselheiros para a constituição e apresentação das demandas;
- . Identificar as possibilidades e as dificuldades dos conselheiros para desenvolver o seu papel;
- . Identificar a percepção dos usuários sobre o controle social e a gestão participativa.

2. REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 O direito à saúde

A Organização Mundial de Saúde (OMS), em 1946, quando do preâmbulo de sua Constituição proclamou que “saúde é o completo bem estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença ou outros agravos”, ofereceu a matriz embrionária ao ordenamento jurídico constitucional da atualidade, que de acordo com Bartolomei, Carvalho e Delduque (2003, p.187) “acolheu o conceito sob dupla perspectiva: a individual, de busca de ausência de moléstia e a coletiva, de promoção da saúde em comunidade”.

A Carta de Ottawa (1986), trouxe o conceito de promoção da saúde, entendida como o processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo. Reforçou, ainda, a necessidade de trabalhar a promoção da saúde através de ações comunitárias concretas e efetivas no desenvolvimento das prioridades, na tomada de decisão, na definição de estratégias e na sua implementação, visando a melhoria das condições de saúde.

A Constituição Federal do Brasil (1988, art. 196) adotou o entendimento de que a saúde é direito de todos e dever do Estado. Apresentou um enfoque das ações de saúde pública, não mais com ações predominantemente curativas, mas com ações preventivas e a idéia de que as doenças não têm apenas causas biológicas, mas também sociais: alimentação, moradia, saneamento básico, meio ambiente, trabalho, renda, educação, transporte, lazer e acesso a bens e serviços essenciais.

No entendimento de Costa e Noronha (2003), a inclusão do direito à saúde como direito universal na Constituição Federal (CF) de 1988 foi uma importante conquista no processo de construção da cidadania brasileira.

Além disso, o texto constitucional reconheceu a essência coletiva do direito à saúde, condicionando sua garantia à execução de políticas públicas. Previu, ainda, a estruturação das ações e serviços de saúde em um sistema único, o SUS.

2.2 O Sistema Único de Saúde – breve histórico

A Reforma Sanitária brasileira foi um processo árduo e político na perspectiva de romper com o modelo corporativista tradicional, reverter a linha privatizante da política setorial e integrar áreas correlatas de política social, histórica e estruturalmente tratadas em separado. “Formalizou um conceito ampliado de saúde (correlacionando-a com condições de vida, trabalho e lazer) e mecanismos de participação e controle social” (ALMEIDA, 2003, p.208). Propôs a instituição do SUS, com acesso universal e igualitário, atenção integral em todos os níveis, com privilégio do setor público e regulação efetiva sobre o setor privado.

Tal movimento de reforma que desencadeou a criação do SUS, teve seu início na década de 70, com a definição de várias políticas públicas federais na área da saúde que procuraram privilegiar a atenção primária, a descentralização administrativa e, ainda, a regulação pública das ações de saúde. São representativas dessas políticas a instituição do Programa de Extensão e Cobertura (PEC) e a implantação das Ações Integradas de Saúde (AIS), que promoveram a descentralização de recursos do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) para as secretarias estaduais e municipais de saúde, de modo a implementar a integração das ações setoriais, além de propiciar a expansão física e o reaparelhamento da rede pública de serviços de saúde e novas contratações de recursos humanos. Em 1987, o Sistema Único e Descentralizado de Saúde (SUDS) estabeleceu uma série de convênios e contratos que transferiram para o nível estadual as responsabilidades pela gestão dos serviços de saúde, inclusive o emprego de terceiros. Em 1988, a nova Constituição Federal criou o Sistema Único de Saúde (SUS), ratificado nas Constituições estaduais de 1989 e nas leis orgânicas dos municípios (ASSIS, 2003).

De acordo com a Constituição Federal de 1988 (art. 198), as ações e os serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, com as seguintes diretrizes e princípios:

- . descentralização, com direção única em cada esfera de governo;

- . atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;
- . **participação da comunidade** (MORAES, 2001, grifo nosso).

Até o advento do SUS, o sistema público de saúde era gerenciado tanto pelo Ministério da Saúde (que cuidava dos aspectos preventivos), como pelo Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS), através do INAMPS, que cuidava, de modo centralizado, das ações curativas, envolvendo diagnóstico, tratamento e reabilitação. Cabiam ainda às secretarias estaduais as ações de saúde pública de tipo higienista e o atendimento primário, desenvolvido conjuntamente com órgãos municipais.

O SUS acaba com esta separação e garante a cobertura da assistência preventiva e curativa, tendo por base os princípios da descentralização, da igualdade e da universalidade do atendimento à saúde e da participação da sociedade na sua gestão.

Para Almeida (2003), a criação do SUS significou, de fato, no plano legal, uma mudança expressiva na política de saúde brasileira. Segundo a autora:

a descentralização do SUS é o eixo central da implementação da reforma, mudando a maneira de alocação de recursos, institucionalizando os fóruns participativos no processo decisório, definindo estratégias prioritárias e mecanismos de indução que pretendem impulsionar a reorganização dos sistemas locais de saúde numa perspectiva transformadora (ALMEIDA, 2003, p.208).

Silva (2004) entende que o SUS foi desenhado como um modelo complexo de organização de serviços, que visa modificar as relações intergovernamentais e interinstitucionais no setor mediante a desconcentração de poder, transferindo atribuições gerenciais às unidades subnacionais. No entanto, esse novo padrão de relações político-institucionais abre possibilidades inusitadas de avançar na democratização da tomada de decisões mediante o controle social.

2.3 O SUS e dificuldades relativas à sua implantação

A Constituição Federal de 1988 assegura a democratização do sistema de saúde. Apesar disto, vários autores chamam atenção para o fato de que a descentralização do sistema não

pode ser considerada, por si, condição suficiente para democratizar os serviços de saúde. Ou seja, nada garante que essa descentralização irá desencadear um processo de participação dos agentes sociais anteriormente excluídos das ações decisórias. Campos (1990), por exemplo, assinala que a democratização do sistema de saúde não estaria assegurada via processo de municipalização. Para o autor, o que “esse processo permite é que naquele município onde o governo seja democrático e existe uma correlação de forças favorável à maioria do povo, ocorre a ampliação dos mecanismos de democracia direta” (CAMPOS, 1990, p.26).

Igualmente, pode se apresentar aqui, em caráter exemplificativo, a interpretação de Teixeira (1992, p.7), ao afirmar que “a municipalização não se confunde com democratização”. Para a autora, “a municipalização é um processo político cujo conteúdo, alcance e implicações dependem do jogo político entre forças político-institucionais e sociais mais amplas que o promovem, implementam, obstaculizam ou reforçam”.

Em relação à questão, Campos (1990, p.26) chama a atenção para o seguinte aspecto:

o avanço da municipalização está barrado por contradições gerais não resolvidas, como a do financiamento do sistema, a decorrente do choque entre mercado e a medicina estatal, a da ausência de planejamento de áreas que não se resolvem a nível do município: como de medicamentos, tecnologia e equipamentos, recursos humanos entre outras.

A descentralização, enquanto princípio constitucional, resulta, pela própria concepção do sistema, numa descentralização de poder, interpretação que é consensual entre os autores que discutem a questão. Dallari (1992), por exemplo, assinala que a Constituição Federal de 1988 estabeleceu, sem deixar espaço para diferentes interpretações em vários dispositivos, que o sistema de saúde deve se organizar, obedecendo à descentralização que caracteriza o Estado federal brasileiro. Assim, no seu entendimento, “a estrutura federal que comporta três esferas autônomas de poder se coaduna logicamente com um sistema de saúde organizado descentralizadamente, com direção única em cada esfera de governo” (DALLARI, 1992, p.40-42). Ou seja, a conclusão da autora é que a descentralização do texto constitucional trata, sem margem de dúvida, de uma transferência de poder.

Outra questão importante refere-se à diretriz constitucional do atendimento integral, entendido como uma forma de assistência que privilegia a saúde, não a doença.

Todas as pessoas, sem discriminação de qualquer natureza, têm direito a um atendimento que não só dê conta de tratar a sua doença, mas, principalmente, ofereça serviços de prevenção e promoção da saúde. Assim, ganham relevância ações e programas de atenção básica à saúde, bem como se faz necessária a articulação do setor saúde com as demais áreas sociais que têm a ver com a melhoria da qualidade de vida (BRASIL, 2001).

Quanto à universalização dos serviços de saúde, assinala-se que a Constituição estabelece que “a saúde é direito de todos e dever do Estado”. Assim, deve-se observar, no que se refere às competências em matéria de saúde, que “a CF/88 não isentou qualquer ente federativo da obrigação de proteger, defender e cuidar da saúde” (DALLARI, 1995, p.42). A atuação conjunta e coordenada entre União, Estados, Distrito Federal e Municípios é uma imposição constitucional. Portanto, “a saúde é responsabilidade constitucional de todos” (BARTOLOMEI, CARVALHO e DELDUQUE, 2003, p.188).

Segundo Costa e Lionço (2006), a universalidade do direito à saúde, na perspectiva da integralidade da atenção e do cuidado, tendo a participação social na gestão das políticas de saúde nos termos inscritos na CF/88, conformam um patrimônio da sociedade brasileira em seu processo de democratização. Consolidar estas conquistas do plano legal e transformá-las em conquistas reais no cotidiano dos cidadãos é um grande desafio para a sociedade brasileira.

A participação e o controle da sociedade, enquanto diretriz do SUS, foi uma conquista decorrente da pressão dos movimentos sociais sanitários realizada no momento da constituinte (BARTOLOMEI; CARVALHO e DELDUQUE, 2003, p.189). Para os autores, “tal pressão ensejou a introdução de novos instrumentos de participação e controle social na formulação, execução e fiscalização das políticas públicas, em especial no que tange ao setor saúde”.

A Lei Federal nº 8080/90 reafirmou a participação da comunidade no SUS, porém, teve seus artigos, que regulamentavam esta participação, vetados pelo então Presidente da República Fernando Collor. A Lei Federal nº 8142/90 retomou quase literalmente os dispositivos vetados, regulamentando assim a participação e o controle social no SUS (BRASIL, 2006).

Assis (2003) entende que o grande desafio para assegurar o controle social, enquanto conquista na legislação do SUS, está na idéia de participação social como parte do processo de gestão do sistema de saúde. Para a autora, há que se efetivarem em órgãos colegiados e representativos as organizações da sociedade civil, com a finalidade de compartilhar poder entre os gestores, trabalhadores de saúde e usuários do sistema.

2.4 Controle social: a conquista na legislação do SUS

O controle social em saúde, no Brasil, vem adquirindo denominações diferenciadas ao longo de sua história. Do início do século XX até meados dos anos 1960, o controle social em saúde, segundo Carvalho (1995) era visto como medida sanitária de controle do Estado sobre a sociedade, por meio de algumas medidas, como por exemplo o combate de vetores (nos casos da peste e da febre amarela) e de imunização compulsória da população (no caso da varíola). “O Estado adotava medidas de intervenção em pessoas e grupos sociais em nome da saúde de todos” (ASSIS, 2003, p.326).

Tal concepção de controle social vem ao encontro do modelo sociológico clássico, usado por diversos autores para designar os processos de influência da sociedade (ou do coletivo) sobre o indivíduo (CARVALHO, 1995).

O modelo que se concebe a partir da promulgação da CF/88 caminha no sentido oposto, onde a idéia de controle social se apresenta como a possibilidade de controle do Estado pela sociedade, através da presença e da ação organizada de seus diversos segmentos.

O controle social no SUS está regulamentado na Lei Federal nº 8142/90, que reconhece a participação da comunidade na gestão do SUS, mediante a criação de duas instâncias colegiadas: as conferências de saúde e os conselhos de saúde (nacional, estaduais e municipais). A primeira de caráter consultivo, realizada a cada quatro anos e a segunda deliberativa e de caráter permanente (ZANARDI e CORDONI, 2004).

A Lei 8142/90 explicita a composição dos Conselhos de Saúde. Garante a representação dos seguintes setores: governo, prestadores de serviços, profissionais de saúde e usuários. Define também a paridade da composição de usuários em relação às demais representações;

ou seja, 50% do número total de conselheiros serão de representantes dos usuários e os outros 50% serão de representantes dos demais segmentos (ASSIS, 2003).

Os Conselhos de Saúde são, portanto, instâncias internas à estrutura do SUS e as suas deliberações, em geral, devem ser resultados de negociações com os órgãos executores (Ministério da Saúde, Secretarias Estadual e Municipal de Saúde), que teriam como eixos orientadores: representatividade de seus membros, visibilidade de suas proposições, transparência das relações e a articulação com a sociedade. Seria a garantia do processo democrático e a qualidade das ações no processo de gestão institucional.

Carvalho (1997) entende que os Conselhos de Saúde devem representar e defender os interesses da sociedade, cumprindo, assim, a função de indutores de responsabilidade governamental, compreendida como a qualidade dos governos de estar à altura da confiança e das expectativas dos cidadãos.

Assim, são necessários esforços para possibilitar um sistema de gestão com co-responsabilidade, envolvendo gestores, profissionais de saúde e usuários. Todos deveriam assumir uma postura de compromisso com a “coisa pública”, no sentido de dar maior visibilidade à gestão dos serviços de saúde. E nesse campo de ação institucional se insere o controle social.

Costa (2003, p.359) afirma que

toda ação controladora da sociedade sobre o Estado, por meio de instrumentos próprios específicos em relação ao SUS, está no contexto do que chamamos controle social. Portanto, o controle social expressa o objetivo de controle da sociedade sobre a política de saúde. As Conferências e os Conselhos de Saúde, criados pela Lei Federal 8142/90, são, embora não exclusivos instrumentos de controle social.

Segundo Assis (2003, p.331),

o controle aqui não é tratado como forma do Estado manter a ordem e a coesão social em torno de um projeto hegemônico, mas a participação da sociedade sobre as ações do Estado. Este controle seria representado, em última instância, pelas instituições que são responsáveis pela gestão da saúde, pelos trabalhadores e pelos usuários do sistema. Para isto, seria importante garantir a participação efetiva do sujeito/cidadão na definição das políticas de saúde nos cenários local, regional e nacional.

2.5 O processo de construção do controle social no SUS

O SUS aponta para o caminho da participação do município enquanto esfera de gestão do sistema e abre a perspectiva de discussões colegiadas entre prestadores e usuários através dos conselhos municipais de saúde, reforçando a descentralização das ações de planejamento e dos recursos financeiros como seu princípio norteador (BELINI, 2005).

Para a autora,

quando se fala em descentralização dos serviços, significa que a maioria dos serviços deverá ser de responsabilidade operacional dos municípios, com as devidas contrapartidas de responsabilidade política, financeira e de capacitação técnica dos Estados e da União (BELINI, 2005, p.8-9).

Os ideais históricos de civilidade, no âmbito da saúde, consolidados na Constituição de 1988, têm buscado concretizar-se na vivência cotidiana do povo brasileiro, por intermédio de tentativas crescentes de entendimento e incorporação de princípios ideológicos, doutrinários e organizativos do SUS.

Esses ideais significam: igualdade, acesso universal e equidade a serviços e ações de promoção, proteção e recuperação da saúde para que todos tenham os mesmos direitos à qualidade de vida.

Para Oliveira (2001, p.9),

a Carta Constituinte de 1988 definiu novos canais que apontam para mecanismos de participação no campo de ação das políticas sociais e das políticas de saúde, instituindo a criação de conselhos integrados por representantes dos diferentes segmentos da sociedade, de composição mista e paritária, de natureza deliberativa, constituindo-se em espaços de participação social nas diferentes esferas de ação governamental.

O sistema de saúde brasileiro tem avançado com relação à descentralização de poder do nível federal para o estadual e municipal; bem como a democratização das políticas públicas, reconhecendo o município como um espaço autônomo da federação. Transferem-se para este espaço novas responsabilidades e recursos públicos capazes de fortalecer o controle social e a participação da sociedade civil nas decisões políticas.

No entanto, não se pode negar a discussão mais ampla do papel histórico do Estado brasileiro, que é efetivado na prática por sujeitos sociais, portadores de projetos e que definem, em última instância, as políticas do SUS nos níveis central (União), intermediário (estado) e local (município). Imprime-se um poder político e ideológico nos micro-espços políticos, nos quais se concretiza a gestão institucional. Os limites estão presentes; eis alguns: burocratização dos Conselhos de Saúde; autoritarismo e manipulação dos gestores locais; recursos insuficientes; baixa capacidade resolutiva da rede de serviços; centralização de poder; modelo de atenção pautado no pronto-atendimento médico; interferência político-partidária; cobrança por fora nos serviços privados contratados pelo SUS.

Paralelamente a essa realidade desalentadora, há várias experiências locais atestando que o SUS pode funcionar. São dezenas de cidades brasileiras nas quais os sistemas de saúde avançaram muito no modelo assistencial de saúde e no modelo de gestão descentralizado e participativo. Estas experiências precisam ser valorizadas, reconhecidas e divulgadas para que se possa compor um bloco convergente, respeitando as individualidades, as diferenças, as especificidades regionais e a diversidade dos projetos. Teriam que combinar o reconhecimento com críticas construtivas, no sentido de reconstruir novos projetos, não como um modelo estruturado, pronto e acabado, mas com criatividade para responder às necessidades locais e institucionais.

2.6 A participação social: breves considerações

Definir *participação* não é tarefa fácil por se tratar de uma ação com diferentes interpretações. De acordo com a época e a conjuntura histórica, ela aparece associada a vários termos como democracia, representação, organização, conscientização, cidadania, entre outros.

Ammann (1978) a define, de forma ampla, como o processo onde as diversas camadas sociais tomam parte na gestão, produção e usufruto dos bens de uma sociedade, focalizando-a na sua dimensão mais ampla.

Pedro Demo (1993) tem sido um dos autores brasileiros mais preocupados com o tema da *participação* na perspectiva da emancipação, considerada como um meio para alterar as

relações de poder na sociedade, na busca de maior equidade e justiça social. Demo (1993, p.67-68) entende *participação* como uma conquista, diferente de concessão ou algo preexistente; “focaliza a dimensão processual, chamando atenção para o fato da cidadania dever ser estudada sob a ótica do conflito em função de interesses diversos de diferentes grupos”.

Para Demo (1996, p.94-97), a *participação* somente é revelada por meio de canais que a sociedade disponibiliza. Entre eles destaca:

(a) organização da sociedade civil-forma mais operacional que exige a competência de grupos por meio da representatividade de lideranças, legitimidade dos processos, participação da base e planejamento participativo auto-sustentado, em que ‘o objetivo histórico é atingir uma trama bem urdida e sólida de organizações de caráter popular que permita plantar a democracia como algo cotidiano’; (b) planejamento participativo - um canal baseado no regime da autogestão e co-gestão na conjunção entre população e governos, não valendo a banalização de distribuir participação por atacado, mas fundamentalmente a capacidade de ‘formular uma situação de negociação mútua’.

No entanto, para que a participação emancipatória se concretize, algumas condições são indispensáveis:

(a) educação básica como base indispensável para a qualidade da ação política; (b) identidade cultural comunitária- ‘parteira da participação, porque planta a fé do grupo em seu futuro’; (c) conquista de direitos em um caminho amplo de horizonte aberto no qual se constrói o compromisso de ‘montagem de uma sociedade onde a democracia seja um modo de vida’ (DEMO, 1996, p.96-97).

Dornelles (2003) afirma que *participar* é um verbo, um processo, uma ação, uma dinâmica, sendo a informação essencial para a participação cidadã e o saber local. O conhecimento de cada indivíduo sobre o que se passa no seu município, sobre as decisões tomadas pelos organismos locais (sejam eles governamentais ou não) em relação aos projetos e ações sobre os problemas encontrados, possibilita a participação individual nestes organismos.

Um outro conceito, apresentado por Valla e Stotz (1993, p.38), defendem a institucionalização da *participação* popular nos órgãos e serviços do Estado. Para eles,

a *participação* é o instrumento de governo mais adequado para construir um regime democrático e o Estado deve ‘criar um conjunto de mecanismos participativos’, visando a incorporação dos cidadãos aos programas de governo local. A *participação* em Conselhos Setoriais Municipais pode ser incluída nesta abordagem conceitual, que não descarta a questão do conflito de interesses.

Assim, os autores alertam para uma contradição nesta forma de participação, que, de um lado legitima a política do Estado diante da população e, de outro, significa um canal para as entidades populares disputarem o controle e a destinação da verba pública (VALLA e STOTZ, 1993).

A participação social significa fazer parte das decisões políticas (MORITA, 2002; BAVA, 2001; CORTES, 1998) e, nesse aspecto, compreende-se como pode ser difícil sua concretização, devido a inúmeros fatores, dentre os quais: as mudanças na estrutura assistencial de saúde, por causa das conjunturas políticas, da organização sindical e dos movimentos populares; o relacionamento entre trabalhadores da saúde e as lideranças populares, e destes com a autoridade constituída; a própria dinâmica das reuniões do conselho e o envolvimento da comunidade na criação do conselho. Para Morita, Guimarães e Muzio (2006, p.51),

em uma sociedade de classe, questões relacionadas ao poder e ao conhecimento continuam presentes dificultando a participação dos desiguais. Uma série de obstáculos ainda se faz presente em função de uma história política caracterizada por regimes centralizadores e autoritários, que afastavam os trabalhadores dos processos de tomada de decisão, dando origem a gerações de brasileiros que precisarão (re)aprender a participar da nova conjuntura.

De acordo com Costa e Silva (2005, p.44-45) a participação social ainda não tem sido bem usufruída nos municípios brasileiros. A autora afirma que “não se vê a real partilha do poder, nem a livre participação da sociedade nos processos de mudança, a começar pela formulação de políticas públicas”.

2.7 A participação em conselhos e o controle social

A essência da *participação* reside na possibilidade dos usuários opinarem e participarem efetivamente na implantação e gestão dos serviços públicos dos quais são beneficiados.

Em resposta a estas necessidades, a legislação brasileira prevê, desde a Constituição de 1988, a criação de órgãos colegiados – os Conselhos Federais, Estaduais e Municipais das áreas sociais.

A *participação* da sociedade civil organizada em conselhos permite o exercício do controle social sobre as políticas governamentais, a formulação e proposição de diretrizes, o estabelecimento de meios e prioridades de atuação voltadas para o atendimento das necessidades e interesses dos diversos segmentos sociais, a avaliação das ações e a negociação do direcionamento dos recursos financeiros existentes (PRESOTO e WESTPHAL, 2005).

Segundo Carvalho (1995, p.16),

a participação comunitária advém do termo *comunidade* e é entendida como um agrupamento de pessoas que coabitam no mesmo ambiente em condições sociais e culturais homogêneas, predispostas à solidariedade coletiva e ao trabalho voluntário de auto-ajuda.

As modificações introduzidas pela descentralização e municipalização das políticas sociais nas áreas de saúde, educação e assistência social, principalmente nos últimos anos, têm provocado novos desafios nas gestões locais (MENDES, 2002).

No setor saúde, a participação da comunidade no concernente ao Estado passa a ser um dos princípios orientadores do Sistema Único de Saúde – SUS, constituindo para sua concretização novos canais criados pela Constituição – conselhos e conferências. As Conferências Nacionais subseqüentes à 8ª Conferência, marco da participação da sociedade civil, trouxeram à tona questões relacionadas à participação e suas dificuldades no controle social (PRESOTO e WESTPHAL, 2005).

A participação da comunidade no SUS está prevista na Constituição Federal de 1988 e na Lei Federal 8142/90. Contudo, segundo Zanardi e Cordoni (2004, p.8), “a participação prevista na legislação não é, necessariamente, a garantia de participação no cotidiano do sistema”. Lopes (2000) acrescenta que a história tem mostrado que nada acontece por acaso, todas as conquistas se dão através de fortes pressões sociais e lutas de grupos organizados em busca de seus objetivos comuns.

Para Westphal (1992, p.75), um dos grandes problemas da participação é a representatividade. Para a autora:

muitos representantes de organizações ou movimentos comparecem ao órgão colegiado sem consultar suas bases, falando em seu nome e não em nome do grupo e tão pouco compartilham as decisões tomadas nas reuniões com eles. Estes representantes são alvos fáceis da cooptação e tutela, o que compromete a legitimidade do seu papel.

Os conselhos de saúde são considerados os principais órgãos de controle social para o fortalecimento do SUS e dos serviços de saúde. Para Labra (2006), os conselhos se constituem em espaços deliberativos, indutores da democratização das decisões setoriais e da participação da sociedade no setor saúde.

Para Schattan (2004), os conselhos representam a oportunidade de participação de setores marginalizados da sociedade na discussão e definição de políticas públicas. Neste sentido, observa-se também o entendimento de Carvalho (1995), quando afirma que a presença dos diversos segmentos sociais, nestes órgãos colegiados, contribuem para assegurar políticas de saúde pautadas pelas necessidades do conjunto social e não somente pela vontade de setores sociais privilegiados.

2.8 Gestão participativa em saúde

Por gestão participativa, de forma geral, entende-se a orquestração de um conjunto de políticas construídas em parceria com a sociedade, permitindo a construção de ações planejadas por executores e usuários (MISOCZKY, 2003).

Segundo Bava (2001), tal forma de gestão deve instituir mecanismos de participação para que as comunidades venham a orientar e fiscalizar as ações de governo.

Para Dobashi e Gonçalves (2006, p.19),

a gestão participativa em saúde pode se dar nos conselhos, espaços institucionalizados de participação social. Segundo as autoras, é nesse espaço, mediante a discussão democrática e transparente do confronto entre necessidades e disponibilidades, que se dá o processo de construção social de produção da saúde.

A certeza de que os conselhos municipais devem se consolidar como sendo o caminho preferencial para a pactuação de soluções com a sociedade e, ainda, a constatação de que a gestão participativa tem como diferencial a capacidade de desenvolver metodologias de interação com a sociedade justificam ações de estímulo à participação cidadã na gestão pública (CASTRO, 2007).

Não se pode negar a relevância e as imensas potencialidades da existência de conselhos de saúde em todos os estados e, principalmente, na quase totalidade dos municípios. No entanto, como destacam Labra e Figueiredo (2002, p.541), numerosos estudos têm demonstrado que

existem muitos problemas em seu funcionamento, atribuídos, em boa medida, à falta de tradição de participação e de cultura cívica no país. Dificuldades derivam, também, de questões regulamentares que afetam o resultado das resoluções adotadas.

Essa afirmação indica dois aspectos de um mesmo problema: por um lado, como avançar nas potencialidades presentes no espaço dos conselhos e, por outro, como tornar as organizações permeáveis ao que ali se decide.

Para que estes espaços se efetivem, acredita-se que dois obstáculos precisam ser superados. O primeiro deles é a exclusividade do espaço dos conselhos como o espaço legítimo para a participação em saúde. A criação desse espaço organizacional constitui-se, sem dúvida alguma, em importante alteração no arcabouço do Estado brasileiro. O segundo obstáculo se refere à necessidade de que haja matéria para que o conselho possa decidir sobre.

Lima (2001) chama a atenção sobre fatores que facilitam a representação e a participação das bases no conselho municipal de saúde, onde se destaca que essas refletem o acúmulo de discussão e de lutas políticas pela conquista da cidadania e de direitos que ocorrem fora do mesmo.

Bava (2001) indica a questão da centralização dos recursos financeiros no governo central, e sua utilização para impor políticas e programas aos demais entes federados, como fator impeditivo para que os conselhos exerçam a atividade nobre da gestão – a formulação de estratégias, a participação no processo decisório.

Para Costa e Noronha (2003, p.362),

os conselhos podem representar um avanço na organização do Estado, colocando-o sob o controle permanente da sociedade permitindo por meio de um novo estatuto jurídico-institucional e da participação direta da população, que se estabeleçam novos padrões de relacionamento da comunidade com o governo e os serviços de saúde. Esta proposta de organização do Estado está no bojo do que hoje se denomina gestão participativa.

Ao se investir de poder político, a população e, principalmente, os usuários vivenciam um interessante processo pedagógico de aprendizado do exercício do poder político. Ganham conhecimento político e técnico, conquistam cidadania, o que leva ao estabelecimento de uma relação da população com o governo, a partir de um patamar diferenciado, como atores sociais e não mais como atores passivos e alheios.

Por outro lado, o representante dos trabalhadores de saúde tem a oportunidade de ouvir como o usuário deseja ser atendido, o que significa uma mudança no seu processo de trabalho, modificando velhas rotinas e estruturas, em nome de uma nova forma de atender a população. O diálogo criativo e criador dos trabalhadores e usuários certamente influenciará no processo dos conselhos, de modo que surjam processos e propostas novas na organização dos serviços de saúde. Assim, “por meio da gestão participativa, os conselhos podem também influir na política da organização dos serviços de saúde” (COSTA e NORONHA, 2003, p.362).

Tal processo de gestão, no âmbito do SUS, pressupõe a criação de mecanismos eficientes de escuta do cidadão usuário e da população em geral, permitindo uma maior publicidade e transparência das prestações de contas e dos relatórios de gestão.

Pressupõe, ainda, de acordo com o Relatório Final da 12ª Conferência Nacional de Saúde “a criação em cada instituição do SUS de processos de ampliação da participação dos profissionais e funcionários na gestão, gerando ambientes solidários e novas possibilidades de vínculos dos trabalhadores com as instituições” (2003, p.101).

As questões aqui discutidas não são exaustivas em termos de compreensão da problemática que envolve o processo de fortalecimento do SUS no município de Cacoal,

estado de Rondônia, mas inegavelmente seriam relevantes para caracterizar o perfil do sistema de saúde, do exercício do controle social e da gestão participativa no momento atual.

3. MÉTODO

3.1 Tipo de estudo

O presente trabalho constituiu-se em uma pesquisa de estudo de caso do tipo exploratório, com abordagem qualitativa e fundamentalmente descritiva em relação aos seus objetivos.

3.2 Local e participantes do estudo

O estudo foi realizado, tomando-se como unidade de análise o município de Cacoal, no estado de Rondônia. Os participantes do estudo foram os conselheiros municipais de saúde e usuários do SUS no município.

A primeira amostra foi constituída pela totalidade dos conselheiros (vinte) da atual gestão, além do gestor que é membro nato, que compõem o Conselho Municipal de Saúde, sem exclusão.

A segunda amostra foi constituída por cem usuários do sistema de saúde local, abordados de forma incidental, distribuídos conforme se segue: 30 (trinta) usuários no Hospital da Unidade Mista de Cacoal; 30 (trinta) usuários no Hospital Municipal Materno Infantil; 10 (dez) usuários na Unidade Básica de Saúde (UBS) Nova Esperança; 10 (dez) usuários na UBS Cristo Rei; 10 (dez) usuários na UBS Princesa Izabel e 10 (dez) usuários na UBS Liberdade. As entrevistas foram realizadas nos dias úteis, entre 05 de novembro e 07 de dezembro de 2007, no período matutino. A escolha do período da manhã para a realização das entrevistas com os usuários se deu em função de que o sistema municipal de saúde concentra os atendimentos neste horário, o que facilitou o acesso aos entrevistados.

O quantitativo da amostra se definiu, tomando como parâmetro o número total de leitos disponíveis para o SUS em Cacoal, que, no trimestre anterior à coleta (jul. a set./07), totalizavam 95 leitos.

3.3 Critérios de inclusão e exclusão

Foram incluídos todos os conselheiros municipais de saúde em exercício e que concordaram em participar do estudo. Em relação aos usuários, foram incluídos aqueles que concordaram em participar da pesquisa, sendo excluídos os usuários: 1) menores de 18 anos e maiores de 60 anos; 2) aqueles que se utilizam dos serviços dos postos de saúde, localizados na área rural do município; 3) os usuários das clínicas e laboratórios da rede privada de saúde; 4) os usuários que se recusaram a participar do estudo.

3.4 Aspectos éticos

Conforme normas do Conselho Nacional de Saúde, através da Resolução nº 196, de 16 de outubro de 1996, onde se regulamenta as pesquisas envolvendo seres humanos, foram solicitadas as devidas autorizações das pessoas envolvidas, lhes assegurando o total sigilo e o anonimato das mesmas, das informações obtidas, como também lhes proporcionando o direito de participar ou não desta pesquisa.

A pesquisa foi, ainda, submetida à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa – CEP – da Faculdade de Ciências Biomédicas de Cacoal – FACIMED, sendo aprovada a sua realização, conforme CERTIFICADO emitido em 10 de setembro de 2007 (ANEXO A).

3.5 Coleta de dados

Os dados foram coletados pelo pesquisador, no período de julho de 2007 a janeiro de 2008.

3.5.1 Procedimentos e instrumentos

Os dados foram coletados por meio da análise dos documentos: 1) Leis Federais nºs 8080/90 e 8142/90, Leis Municipais nºs 278/PMC/91, 363/PMC/93, 402/PMC/93, 606/PMC/95, 943/PMC/99, 1370/PMC/02 e 1574/PMC/03, Resoluções nºs 33/CNS/92 e 333/CNS/03, do Conselho Nacional de Saúde; 2) Relatórios das Conferências Municipais de Saúde dos anos de 2003 e 2007; 3) Atas das reuniões do CMS, sendo seis (6) atas do ano de

1993, três (3) atas de 1995, três (3) atas de 1999, três (3) atas de 2002, três (3) atas de 2003 e quatro (4) atas de 2007; 4) Regimento do Conselho Municipal de Saúde). Além da análise de documentos, foram realizadas entrevistas com roteiro semi-estruturado, respondidas pelos conselheiros e pelos usuários do SUS, e a observação direta, em reuniões do Conselho Municipal de Saúde de Cacoal – Rondônia.

A pesquisa foi desenvolvida em três etapas. Na primeira etapa foi realizada análise dos documentos (leis, resoluções, relatórios, atas e regimento do CMS), com o objetivo de caracterizar a constituição, a organização e atribuições do CMS, descrever as estratégias de indicação e composição do CMS e as possibilidades e as dificuldades que os representantes do CMS encontram para desenvolver o seu papel de conselheiro.

Na segunda etapa foi realizada entrevista com roteiro semi-estruturado (APÊNDICE A), com questões abertas e fechadas, a fim de descrever as estratégias de indicação e composição do CMS, identificar a concepção dos membros do CMS sobre saúde, SUS e controle social e descrever os mecanismos e/ou ações desenvolvidos pelos conselheiros para realizar o controle social e a gestão participativa – as formas de vocalização, constituição e apresentação das demandas da comunidade junto ao CMS. As entrevistas foram realizadas pelo próprio pesquisador por ocasião das reuniões ordinárias do Conselho, previamente agendadas, sendo resguardado aos conselheiros o direito de não respondê-la. Foram, ainda, codificadas de E1 a E21, como forma de assegurar o sigilo em relação às respostas dadas pelos conselheiros.

Foi realizada, ainda, nesta etapa a observação direta das atividades dos conselheiros, totalizando 11 horas de observações, divididas em 03 (três) reuniões ordinárias do Conselho Municipal de Saúde, também para descrever os mecanismos e ações desenvolvidas pelos conselheiros para realizar o controle social e as formas de organização das demandas. Os registros das observações foram realizados em um protocolo pré-definido (APÊNDICE B).

Na terceira etapa foram realizadas entrevistas com 100 (cem) usuários dos serviços do SUS no município de Cacoal – RO, com roteiro semi-estruturado (APÊNDICE C), com o objetivo de identificar a percepção dos usuários sobre o controle social e gestão participativa.

Além das entrevistas, da análise documental e da observação direta, também constituíram a base para elaboração desta pesquisa a leitura e análise de artigos, trabalhos acadêmicos (dissertações e teses) e livros que apresentaram relação com o objeto de estudo.

3.5.2 Análise dos dados

Os dados qualitativos, obtidos a partir do conteúdo das entrevistas, da análise documental e da observação direta foram organizados, categorizados e analisados em função do objeto de estudo. Os dados quantitativos foram tabulados, interpretados e analisados, mediante frequência estatística simples. Os resultados são apresentados no capítulo que se segue.

4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

4.1 O contexto do estudo

O estado de Rondônia, localizado na região norte do Brasil, possui em 2007 um total de 52 municípios, com uma população estimada de 1.454.237 habitantes. O município de Cacoal está localizado a 470 km² da capital de Rondônia, Porto Velho, na região centro-sul do Estado. Limita-se ao norte com o estado do Mato Grosso, ao sul com os municípios de Rolim de Moura e Pimenta Bueno, ao leste com Espigão do Oeste e ao oeste com os municípios de Ministro Andreazza, Presidente Médici e Castanheiras. O Município possui uma área geográfica de 3808,5 km² e tem uma população residente de 76.155 habitantes, sendo 53.309 na área urbana e 22.846 na área rural. A densidade demográfica é de 19,9 habitantes por km² (IBGE – Contagem da População 2007/Rondônia).

Em Cacoal predomina o clima tropical, quente e úmido, com duas estações: verão chuvoso e inverno seco. A temperatura média é de 25° C. Como em toda a Região Amazônica, Cacoal é rico em recursos hídricos, possuindo inúmeros rios, igarapés e nascentes. O principal curso d'água é o rio Machado, formado pela junção das águas dos rios Barão de Melgaço e Pimenta Bueno. O relevo do município é plano e suavemente ondulado. As maiores altitudes não ultrapassam a 500 metros (SEDAM-2000-Rondônia).

A economia cacoalense tem como base as atividades agropecuárias. Possui um forte setor de prestação de serviços e comércio diversificado. A industrialização vem crescendo significativamente nos últimos anos, com destaque para o beneficiamento de carne, leite e grãos (SEMPPLAN/Cacoal-2004).

Cacoal possui uma rede de saúde constituída por 02 (dois) hospitais municipais, 06 (seis) unidades básicas de saúde, 04 (quatro) centros de saúde especializados e 13 (treze) postos de saúde, localizados basicamente na área rural do município. O município tem um total de 198 leitos, nos hospitais públicos e privados, sendo que 95 estão disponíveis para o SUS nos dois hospitais públicos. A rede privada não disponibiliza leitos para o SUS. O município possui convênio com mais 06 (seis) unidades da rede privada e filantrópica,

credenciadas pelo SUS, sendo duas na área de fisioterapia, uma na área de odontologia, uma na área de reabilitação neurológica para portadores de deficiência, uma clínica e um centro de litotripsia,. A rede pública atende serviços especializados em ultra-sonografia, radiologia, eletrocardiograma, fisioterapia e oftalmologia. O município possui, também, 04 (quatro) laboratórios de análises clínicas que funcionam nos hospitais e em duas unidades básicas e mantém convênio com mais 06 (seis) laboratórios credenciados pelo SUS (SEMUSA/CACOAL-2007-Relatório de Gestão/4º Trimestre).

A gestão da saúde no município é realizada pela Secretaria Municipal de Saúde, gerenciada por um secretário, com o apoio de uma secretaria executiva e de um gestor para o Fundo Municipal de Saúde. As unidades básicas de saúde possuem gerentes com formação específica para a área (Projeto GERUS/Ministério da Saúde). O financiamento do sistema municipal é realizado com recursos do Fundo Municipal de Saúde (repasses do Fundo Nacional), complementados com recursos próprios do orçamento do município.

No contexto estadual, Cacoal é caracterizado como pólo regional de saúde, sendo assim considerados aqueles municípios que possuem serviços de alta complexidade, ou que tem estrutura suficiente para instalá-los (Plano Diretor de Regionalização da Saúde do Estado de Rondônia/SESAU 2006). Tal definição atrai, principalmente para a rede pública, pacientes de vários municípios vizinhos, fazendo com que a demanda pela procura de serviços especializados em saúde seja superior à capacidade de atendimento.

4.2 O Conselho Municipal de Saúde de Cacoal

O Conselho Municipal de Saúde de Cacoal foi criado pela Lei Municipal nº 278/PMC/91, de 25 de junho de 1991, que define no art. 1º as suas competências. Determina no art. 2º que o Conselho será presidido pelo Secretário Municipal de Saúde (Gestor) e estabelece a sua composição, com representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários. Prevê no art. 6º, a participação de autoridades, cientistas e técnicos, como convidados ou para colaborar em estudos ou participar de comissões especiais instituídas no âmbito do próprio conselho.

O Conselho Municipal de Saúde se reúne, ordinariamente, uma vez ao mês e extraordinariamente quando convocado pelo seu presidente ou a requerimento da maioria dos seus membros para tratar de assunto específico, sendo as sessões plenárias instaladas com a presença da maioria dos conselheiros (Lei Municipal nº 278/PMC/91, art. 4º).

A composição do Conselho Municipal de Saúde foi alterada pelas Leis Municipais nºs 363/PMC/93, 402/PMC/93, 606/PMC/95, 943/PMC/99 e 1370/PMC/02. A atual composição é determinada pela Lei nº 1574/PMC/03, de 05 de dezembro de 2003.

Em junho de 1991, foi instituída a composição inicial do Conselho de Saúde de Cacoal, representado por 20 (vinte) conselheiros, além do Secretário Municipal de Saúde (Gestor), seu presidente nato. A representação inicial ficou assim definida: representantes governamentais e prestadores de serviços – Secretarias Municipais de Saúde, Educação e Finanças; Secretaria de Estado da Saúde; Câmara Municipal de Cacoal; Fundação Nacional de Saúde e Serviço Autônomo de Água e Esgoto (autarquia municipal); representantes dos trabalhadores de saúde – Associação Médica de Cacoal; Associação Odontológica de Cacoal e agentes rurais de saúde; representantes de usuários – Sindicato dos Trabalhadores Urbanos; Sindicato dos Trabalhadores Rurais; Pastoral da Saúde; Associação Comercial e Industrial de Cacoal; entidades filantrópicas; associações de bairros; associação de jornalista do interior; clubes de serviços; entidades de preservação do meio ambiente e associações de portadores de deficiências e patologias.

Em janeiro de 1993, com a aprovação da Lei Municipal nº 363/PMC/93, a composição do Conselho foi reduzida a 10 (dez) conselheiros, com a seguinte representação: segmentos governamentais e prestadores de serviços – Secretarias Municipais de Saúde, Educação e Cultura e Finanças e Câmara Municipal; segmento dos trabalhadores de saúde – Associação Médica e Associação dos Odontólogos de Cacoal; segmento de usuários – clubes de serviços, associações de bairros; Associação Comercial e Industrial de Cacoal e clube de mães.

Em julho de 1993, nova alteração, através da Lei Municipal nº 402/PMC/93, que aumentou a composição para 16 (dezesseis) conselheiros, assim representados: representantes governamentais e prestadores de serviços – Secretarias Municipais de Saúde e Bem Estar Social, Educação e Cultura e Finanças; Câmara Municipal e Fundação Nacional de Saúde; representantes dos trabalhadores de saúde – Associação Médica, Associação dos Odontólogos

e agentes rurais de saúde; representantes dos usuários – associações de bairros, clube de mães, Sindicato dos Trabalhadores de Saúde, Sindicato dos Trabalhadores Rurais, clubes de serviços, Paróquia Sagrada Família, associações de portadores de deficiência e Associação dos Servidores Públicos Municipais.

Em agosto de 1995, nova alteração, pela Lei Municipal nº 606/PMC/95, que manteve a composição com 16 (dezesesseis) conselheiros, promovendo as seguintes mudanças na representação do Conselho: a Fundação Nacional de Saúde (representante governamental) foi substituída pelo Centro de Reabilitação Neurológica Infantil de Cacoal (representante dos prestadores de serviços); o representante dos agentes rurais de saúde (trabalhadores de saúde) foi substituído pela Fundação de Assistência Batista (representante dos prestadores de serviços); na representação dos usuários saíram o clube de mães, o Sindicato dos Trabalhadores em Saúde e o representante das associações dos portadores de deficiências, sendo substituídos, respectivamente, pela Pastoral Social, Clube de Diretores Lojistas e Associação das Lavadeiras.

Em abril de 1999, outra alteração, pela Lei Municipal nº 943/PMC/99, que manteve a composição com 16 (dezesesseis) conselheiros, com as seguintes mudanças: substituição da Associação Médica pela Fundação Vida Nova, no segmento dos prestadores de serviços e substituição do Clube de Diretores Lojistas pelo Sindicato dos Servidores da Saúde, no segmento dos usuários.

Em junho de 2002, mais uma alteração, pela Lei Municipal nº 1370/PMC/02, que manteve a composição com 16 (dezesesseis) conselheiros, substituindo a Associação das Lavadeiras pela Associação das Mulheres Solidárias de Cacoal, na representação dos usuários.

Em dezembro de 2003, foi aprovada a Lei Municipal nº 1574/PMC/03, que determinou a atual composição do Conselho, ficando novamente com uma representação de 20 (vinte) conselheiros. Em relação às leis anteriores, foram incluídos representantes da Fundação Nacional da Saúde, no segmento governamental; da Associação Médica, no segmento de representantes dos trabalhadores de saúde; do Conselho Local de Saúde Indígena e da Associação dos Idosos, no segmento dos usuários, além da substituição do Sindicato dos Servidores da Saúde pelo Sindicato dos Servidores Federais.

É importante observar que, em todas as alterações realizadas na composição do CMS, o Secretário Municipal de Saúde (Gestor) foi mantido como membro nato, exercendo, ainda, a presidência do Conselho.

Interessante destacar estudo realizado por Zanardi e Cordoni (2004, p.8), demonstrando que a composição dos conselhos de saúde “privilegia a indicação do membro representante com a entidade estabelecida na própria lei, ou seja, a cadeira no CMS era cativa de uma dada entidade e não do segmento que esta representava”. Esta forma de composição encontra-se presente na lei que criou o CMS de Cacoal, bem como em suas alterações.

O fato do Secretário Municipal de Saúde (Gestor) ser membro nato do conselho, exercendo a sua presidência, também merece ser analisado. De acordo com Wendhausen e Caponi (2002, p.1625),

tal situação pode levar a um monólogo da representação governamental com os demais participantes, pois se considerarmos o lugar de autoridade que ocupa esse profissional, sua fala tende a soar como a palavra final, em muitos assuntos para os quais seria necessário o diálogo.

No mesmo sentido, Labra e Figueiredo (2002, p.542) observam que

numerosos estudos sobre os conselhos de saúde têm demonstrado que é baixa a capacidade dos conselheiros usuários influenciarem nas decisões do presidente do órgão. Tem sido difícil evitar que esse gestor imponha suas propostas, manipule as reuniões ou desacute as decisões deliberadas no colegiado.

Da análise das atas referentes aos períodos em que aconteceram modificações na composição do Conselho, pode-se inferir que a primeira alteração, ocorrida em 1993, foi motivada pela eleição e posse de novo prefeito municipal. A segunda alteração, também em 1993, se deu em função da mudança de secretário municipal de saúde (gestor), assim como aquelas ocorridas em 1995 e 1999. Em relação à substituição de entidade, acontecida em 2002, não foi detectada nenhuma motivação aparente. Já a atual composição, estabelecida em 2003, foi motivada pela necessidade de aumento de representatividade do Conselho e principalmente pela dificuldade de quorum legal para a realização das reuniões.

A Figura 1 retrata, numa linha do tempo, para uma melhor visualização, a evolução ao longo dos anos na composição inicial do CMS.

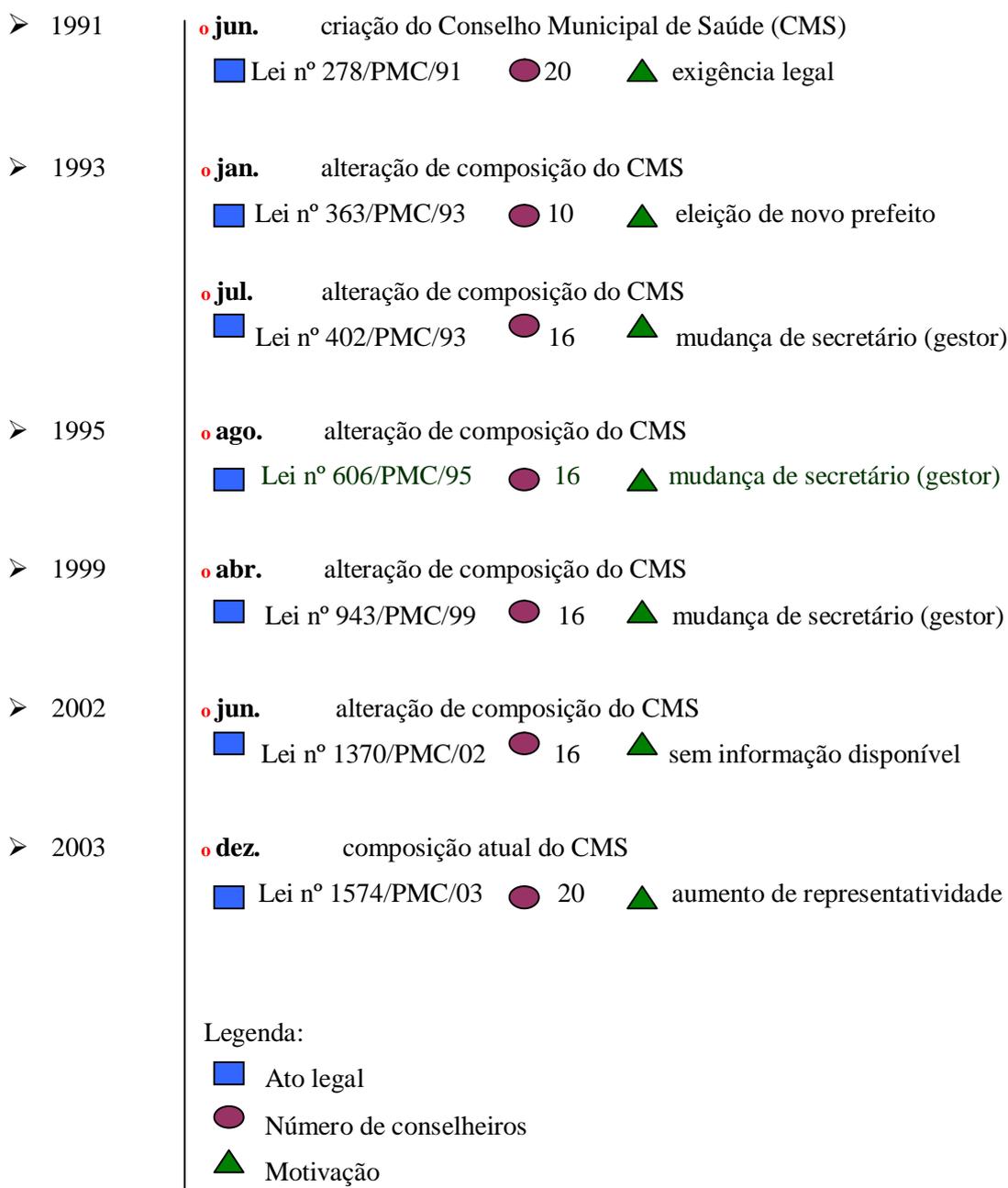


Figura 1 – Evolução na composição do CMS (Cacoal, 2007)

4.3 Atribuições do Conselho Municipal de Saúde

A Resolução nº 333, de 4 de novembro de 2003, do Conselho Nacional de Saúde, define, entre outras, as seguintes atribuições para os conselhos municipais de saúde: 1) implementar a mobilização e articulação contínuas da sociedade, na defesa dos princípios constitucionais que fundamentam o SUS, para o controle social de saúde; 2) discutir, elaborar e aprovar proposta de operacionalização das diretrizes aprovadas pelas Conferências Municipais de Saúde; 3) atuar na formulação e no controle da execução da política de saúde, incluindo os seus aspectos econômicos e financeiros e propor estratégias para a sua aplicação aos setores público e privado; 4) estabelecer estratégias e procedimentos de acompanhamento da gestão do SUS, articulando-se com os demais colegiados como os de seguridade, meio ambiente, justiça, educação, trabalho, agricultura, idosos, criança e adolescente e outros; 5) deliberar sobre os programas de saúde e aprovar projetos a serem encaminhados ao Poder Legislativo, propor a adoção de critérios definidores de qualidade e resolutividade, atualizando-os em face do processo de incorporação dos avanços científicos e tecnológicos, na área da saúde; 6) avaliar, explicitando os critérios utilizados, a organização e o funcionamento do Sistema Único de Saúde-SUS; 7) propor critérios para programação e execução financeira e orçamentária dos Fundos de Saúde e acompanhar a movimentação e destinação dos recursos; 8) analisar, discutir e aprovar o relatório de gestão, com a prestação de contas e informações financeiras, repassadas em tempo hábil aos conselheiros, acompanhado do devido assessoramento; 9) fiscalizar e acompanhar o desenvolvimento das ações e dos serviços de saúde e encaminhar os indícios de denúncias aos respectivos órgãos, conforme legislação vigente; 10) estimular articulação e intercâmbio entre o CMS e entidades governamentais e privadas, visando a promoção da saúde; 11) apoiar e promover a educação para o controle social.

Em relação aos programas de educação para o controle social, constarão do conteúdo programático os fundamentos teóricos da saúde, a situação epidemiológica, a organização do SUS, a situação real de funcionamento dos serviços do SUS, as atividades e competências do Conselho de Saúde, bem como a legislação do SUS, suas políticas de saúde, orçamento e financiamento (RESOLUÇÃO nº 333/03/CNS, quinta diretriz, 2003, p.4-5).

Tomando-se por base a lei de criação do CMS de Cacoal, foram definidas para o Conselho as seguintes atribuições e competências: 1) atuar na formulação de estratégias e no

controle da execução da política municipal de saúde; 2) estabelecer diretrizes para a elaboração dos planos de saúde, adequados à realidade epidemiológica e de organização dos serviços, no âmbito do município; 3) fiscalizar e acompanhar o desenvolvimento das ações e dos serviços de saúde, no âmbito do município; e 4) propor medidas para o aperfeiçoamento da organização e do funcionamento do Sistema Único de Saúde-SUS (LEI MUNICIPAL nº 278/PMC/91, art. 1º).

Observa-se, de plano, que a legislação municipal que criou o SUS no município de Cacoal, estabelecendo as suas atribuições e competências, não contempla aspectos importantes, previstos na atual legislação federal, tais como: criar mecanismos para a articulação com a sociedade e outros setores governamentais; acompanhar a gestão financeira e orçamentária do SUS no município; deliberar sobre os programas de saúde e aprovar projetos a serem encaminhados ao Poder Legislativo; apoiar e promover a educação para o controle social, dentre outros. Desta forma, a legislação municipal encontra-se totalmente desatualizada em relação à legislação federal, restringindo a perspectiva de atuação dos conselheiros em relação ao exercício de suas atribuições.

Embora as atribuições do conselho estejam explicitadas em lei e confirmadas no seu regimento, na prática, percebe-se que os papéis consultivo, deliberativo e fiscalizador se confundem no entendimento da maioria dos conselheiros. Nas reuniões percebe-se que boa parte do tempo é gasta na discussão de assuntos internos, consultas pessoais, reivindicações específicas ou denúncias pontuais. São raros os debates de temas importantes, a exemplo de questões referentes ao plano de saúde, orçamento e relatórios de gestão.

Observa-se que 76% dos conselheiros considera a sua atuação como fraca ou regular no CMS na fiscalização financeira e orçamentária dos recursos aplicados nas ações de saúde no município. Já em relação ao controle da execução das políticas de saúde implementadas no município, 52% dos conselheiros classifica essa atuação como fraca ou regular. Desta forma, evidencia-se que os conselheiros não possuem clareza para bem desempenhar o seu papel no controle, na fiscalização e na articulação para promover as ações políticas de saúde.

Para Carvalho (1995), as atribuições dos CMS abrangem dois grandes campos de ações ou práticas no âmbito do SUS: o campo do planejamento e controle da execução da política de saúde e o campo da articulação com a sociedade.

No campo do planejamento percebe-se, a partir das observações realizadas, que a atuação dos conselheiros se restringe basicamente a homologação de projetos e programas pré-definidos pela Secretaria de Saúde. Neste sentido, registra-se contribuição de Gerschman (2004, p.1681) quando afirma “alguns representantes acreditam que seu papel e sua atuação nos conselhos servem para legitimar decisões tomadas *a priori* pelo governo”.

No campo da articulação com a sociedade, 52% dos conselheiros pesquisados registram que não há comunicação das discussões e decisões tomadas no conselho, nem da atuação dos conselheiros, junto à comunidade. Ainda, 81% classificam a articulação do CMS com outros setores da sociedade (Câmara Municipal, Ministério Público, movimentos populares, demais conselhos, etc.) como fraca ou regular. Desta forma, a sociedade organizada não tem conhecimento daquilo que se discute e vota no Conselho, dificultando o controle social e a participação. Neste sentido, o Conselho pouco contribui para o fortalecimento do SUS junto à comunidade.

Assis (2003) defende a criação de canais de comunicação com a sociedade. Daí a importância de definir instrumentos que possibilitem a democratização da informação das ações desenvolvidas pelos representantes da comunidade nos conselhos.

É também imprescindível a articulação dos conselhos com outros setores da sociedade. Estas relações “fortalecem as ações dos conselhos e podem formar um bloco de forças sociais em defesa dos interesses da sociedade” (ASSIS, 2003, p.333), e, assim, caminhar na direção do fortalecimento do SUS.

4.4 Estratégias de indicação e composição do Conselho Municipal da Saúde

A representação atual dos conselheiros em relação ao segmento social no CMS é a seguinte: 5 representam o setor governamental (24%), 7 representam os prestadores de serviços (33%), 1 representa os profissionais de saúde (5%) e 8 representam os usuários (38%). Importante observar que a composição atual não atende ao disposto na Lei nº 8142/90, que determina a paridade de representação dos usuários em relação ao conjunto dos demais

segmentos, e a forma como está constituído privilegia muito mais o modelo da gestão que o da atenção.

Em relação à paridade, a Resolução nº 333, de 4 de novembro de 2003 (terceira diretriz, inciso II), do Conselho Nacional de Saúde, mantendo o que propôs a Resolução nº 33/CNS/92 e as recomendações das 9ª, 10ª e 11ª Conferências Nacionais de Saúde, determina que as vagas nos Conselhos de Saúde deverão ser distribuídas na seguinte forma: 50% de entidades de usuários, 25% de entidades dos trabalhadores de saúde e 25% de representação governamental.

Apesar da exigência legal da paridade de representação dos usuários, tal medida por si só não garante o caráter da participação popular e democrático do Conselho, bem como sua identificação com os interesses populares.

Além de não atender ao princípio da paridade, observam-se outros aspectos que merecem destaque na composição do CMS de Cacoal, tais como: participação de conselheiros que representam interesses conflitantes (por exemplo, usuários e prestadores de serviços), participação de políticos com cargo eletivo (no caso, dois vereadores), indicação de conselheiros por entidades alheias à atuação do Conselho (representante de clubes de serviços) e indicação do gestor como membro nato e presidente do Conselho.

Em estudo realizado no município de Lafayette Coutinho-BA, Bispo, Messias e Sampaio (2003) observam que, no decorrer de sua história, a composição do CMS do município sofreu diversas alterações, com freqüentes quebras da paridade e exclusão de segmentos que deveriam compor o conselho.

Em relação à forma de escolha do conselheiro pelo órgão ou segmento representado, 5 foram indicados pelo gestor (24%), 3 foram indicados por órgão colegiados (14%), 9 foram indicados pelo presidente ou diretor do órgão representado (43%), 3 foram eleitos pelos seus pares (14%) e 1 se auto indicou (5%).

Nesta questão, observa-se que somente 28% dos conselheiros foram eleitos pelos seus pares ou indicados por órgãos colegiados, enquanto 67% foram indicados pelo gestor ou presidente do órgão representado, colocando em evidencia que a maioria do CMS representa a

gestão do sistema. Presoto e Westphal (2005, p.74) chamam a atenção para “o risco de uma manipulação do governo em relação a esta forma de indicação de representantes”.

Verifique-se a seguinte constatação do Relatório Final da 11ª Conferência Nacional de Saúde:

[...] a falta de representatividade dos conselheiros, freqüentemente desarticulados das bases, instituições ou segmentos que representam, desmotivados e ausentes das reuniões, omissos em cumprir o seu papel nos fóruns, com pouca capacidade para formular propostas alternativas e efetivas aos problemas de saúde, sendo freqüentemente indicados clientelisticamente, dentro de um contexto geral de desorganização da sociedade civil (BRASIL, 2000, p.46).

Já Assis (2003) entende que o fato de não ocorrer uma discussão ampliada, entre os pares ou outras entidades, no processo de indicação de conselheiros merecem uma reflexão. Para a autora, “a exigência legal de paridade e representação coletiva nem sempre vem acompanhada de escolhas democráticas e participação consciente” (ASSIS, 2003, p.329).

Para Labra (2006), problemas relacionados à forma de indicação e representação nos Conselhos têm acompanhado a trajetória destes e sido objeto de reiteradas discussões nos fóruns e conferências da área.

Da análise das atas e observação das reuniões do Conselho, infere-se que a forma atual de indicação favorece algumas representações, baseadas no critério do peso que determinada instituição tem na sociedade, fazendo com que existam conselheiros “só de nome”, ou seja, constam como membros do CMS, mas, na prática, não comparecem às reuniões. Há, ainda, aqueles indicados em função de sua formação profissional (médico, dentista, enfermeiro, etc.).

Criar as possibilidades para se ter uma composição que signifique de fato uma gestão que favoreça o fortalecimento do SUS, passa pelo processo de democratização dos critérios de escolha e pela consciência dos conselheiros em relação ao seu papel.

4.5 Perfil social dos conselheiros

A maioria dos conselheiros está na idade adulta, faixa etária entre 35 a 54 anos, são casados, há equilíbrio entre a participação de homens (onze) e mulheres (dez), possuem um alto grau de escolaridade, visto que 57% concluíram curso superior, sendo que destes, 48% possuem cursos completos de pós-graduação. No que se refere à renda familiar dos conselheiros, boa parte (33%) recebe entre 1-5 salários-mínimos. Entretanto, somando-se a faixa de renda de 10 a 13 e > 13 salários-mínimos, 52% dos conselheiros encontram-se nesta faixa, ou seja, a maioria.

Observa-se que este perfil difere totalmente do perfil social da população cacoalense, onde a maioria se concentra na faixa etária de 10 a 29 anos, possui baixo grau de escolaridade (fundamental incompleto) e renda familiar na faixa 1-5 salários mínimos.

Desta forma, conclui-se que os conselheiros municipais de saúde possuem nível educacional e de renda superiores à média da comunidade. Este perfil reforça a concepção de que os conselheiros, mesmo os representantes dos usuários, constituem uma elite profissional, que se reflete, inclusive, na compreensão de algumas instituições em relação à indicação do seu representante no Conselho, que deve ser o mais “qualificado”.

Em relação à faixa etária e gênero, perfil semelhante foi encontrado por Wendhausen e Caponi (2002), em pesquisa realizada para avaliar o diálogo e a participação em um conselho de saúde de Santa Catarina, Brasil. Segundo as autoras “de modo geral, os conselheiros encontram-se numa faixa etária entre 30 e 50 anos e há equidade na distribuição de representantes do sexo masculino e feminino” (WENDHAUSEN e CAPONI, 2002, p.1623).

Registra-se, também, trabalho realizado por Labra e Figueiredo (2002) em municípios do Rio de Janeiro, onde os conselhos pesquisados são formados por pessoas maduras, de classe média e relativamente capacitadas.

4.6 Percepção dos conselheiros

A percepção dos conselheiros será discutida a partir de sua compreensão sobre saúde, SUS, controle social e as perspectivas de sua atuação junto ao CMS.

A compreensão dos conselheiros em relação ao que seja saúde será analisada, tomando-se como referenciais os entendimentos preconizados pela OMS que consagrou a definição de saúde como “um estado de completo bem estar físico, mental e social e não só a ausência de doenças” e pela Constituição de 1988 que definiu saúde como “resultante de políticas sociais e econômicas, como direito de cidadania e dever do estado, cujas ações e serviços devem ser providos por um Sistema Único de Saúde”.

De forma geral, observa-se uma convergência para estas concepções, conforme constatado no extrato das seguintes verbalizações:

“Saúde é o estado de bem estar físico, mental e espiritual de uma pessoa ou de uma comunidade”. (E1, E6, E7, E9, E15, E17 e E19).

“Saúde é o bem estar social, estabilidade financeira e paz de espírito. Ausência de doenças físicas”. (E2).

“Saúde é um estado de equilíbrio psíquico-orgânico de um indivíduo que interage de maneira adequada com o meio ambiente, gozando de suas plenas funções sociais”. (E10).

“É um dever do estado e direito de cada cidadão”. (E18).

“É o bem estar geral psíquico e social. É ter o atendimento necessário quando for procurar [...]. Isto é ter saúde”. (E20).

A partir da análise das atas e das observações feitas, percebe-se que esta compreensão ampliada em relação à saúde está presente nas discussões que ocorrem no Conselho.

Porém, alguns conselheiros ainda percebem a saúde relacionada apenas à ausência de enfermidades, conforme as verbalizações a seguir:

“É ter vigor físico para realizar todas as atividades diárias”. (E5).

“É o estado da pessoa, cujas funções orgânicas estão normais. Corpo são”. (E14).

“É a pessoa ser saudável”. (E16).

A Carta de Ottawa (1986) reconheceu como pré-requisito para a saúde: a paz, a habitação, a educação e a renda, a alimentação, um ecossistema saudável, a conservação dos recursos naturais e a equidade. E, ainda, conceituou a Promoção da Saúde como processo de

capacitação das populações para melhorar a sua qualidade de vida e sua própria saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo.

A perspectiva de exercício do controle social, via Conselho Municipal de Saúde, é um mecanismo indutor para este processo. Apesar disto, a forma como o Conselho se articula, privilegiando mais os aspectos relacionados à gestão do sistema do que à atenção, limita as possibilidades de que este colegiado caminhe nesta direção. Sugere-se que o Conselho crie alternativas para estimular e fortalecer a mobilização social e a participação dos cidadãos como forma de ampliar as suas ações.

Segundo Dobashi e Gonçalves (2006), esta nova concepção ampliada da Promoção da Saúde entende a necessidade da ação intersetorial, pois compreende a saúde como qualidade de vida e bem estar social, com direito ao trabalho, ao salário digno, ao saneamento, à educação e à informação que permita o exercício da cidadania e da participação social.

Destaque-se que a criação do SUS em 1988, no Brasil, incorporou conceitos importantes como a intersetorialidade, a participação social e a equidade, entre outros, expressos na Carta de Ottawa.

Villar (2007) utiliza os pressupostos dos Determinantes Sociais de Saúde para estabelecer um enfoque holístico de saúde, que seria diretamente influenciada por fatores materiais e sociais, nas áreas de moradia, trabalho, alimentação, saneamento, etc.; por fatores psicossociais e de conduta e por fatores biológicos.

Tal enfoque está presente na verbalização de um dos conselheiros em relação à sua concepção de saúde:

“Além do preconizado pelo Ministério da Saúde, acredito que precisamos ter bons salários, para termos moradia com condições boas, boas escolas, condições de podermos estudar, boa alimentação, meio ambiente saudável, etc.”. (E21).

Costa e Silva (2005), em estudo realizado junto ao CMS do município de São Lourenço da Mata-PE, verificou que a compreensão sobre saúde, por parte dos conselheiros, vem desde uma orientação de casa até um fator de influência na vida ativa do indivíduo, contribuindo para seu desenvolvimento pessoal, profissional, educacional e comunicativo.

Ressalta-se que a concepção do conselheiro a respeito da definição de saúde é importante para a efetividade do controle social à medida que vai influenciar as discussões e a tomada de decisão em relação às proposições que são apreciadas pelo CMS.

O entendimento dos conselheiros a respeito do SUS é retratado de diferentes formas, como passaremos a analisar. A maioria demonstra ter uma visão ampliada do sistema, que deve assegurar ao cidadão o acesso aos serviços de saúde com um mínimo de compromisso e qualidade, garantido pela legislação:

“É um conjunto de ações e serviços de saúde, que visa atender qualquer cidadão, respeitando os princípios da universalidade, equidade e integralidade”. (E3 e E15).

“Sistema Único de Saúde, onde todo cidadão tem direito à saúde gratuita em instituições públicas, sendo um dever do estado”. (E4).

“Sistema Único de Saúde, ou seja, um plano de saúde para todos os brasileiros e brasileiras”. (E5 e E17).

“É o serviço de saúde oferecido a todo cidadão, seja no seu município ou em outro, de forma a considerar suas especificidades, incluindo a vigilância sanitária”. (E6).

“Sistema pelo qual o governo (União, estados e municípios), cada qual com sua parcela de responsabilidade ou ação, compromete-se a prestar os serviços de saúde, gratuitamente, a toda população, independente de sua condição social ou financeira”. (E7).

“Sistema Único de Saúde, ou seja, uma saúde de qualidade para todos; significa que todos os cidadãos brasileiros, independente de sexo, etnia, religião, idade ou situação financeira têm direito à mesma assistência à saúde”. (E20).

“Garantia de atendimento igual para todos, sem distinção, humanizado e com responsabilidade, sem necessidade de recorrer a planos privados de saúde para a garantia de atendimento”. (E21).

“É o sistema público de saúde, um dos mais organizados do mundo, e que está resguardado pela Constituição Federal”. (E12).

“Sistema Único de Saúde, ou seja, um sistema que deveria ser completo, de qualidade”. (E14).

“Um sistema que, na teoria e documental, é um dos mais perfeitos do mundo, porém o que ainda não se conseguiu foi fazer com que ele seja tudo o que prevê a legislação [...]”. (E19).

Percebe-se que as verbalizações evidenciam que os conselheiros compreendem o SUS, enquanto um sistema que deve ser construído visando possibilitar, a todos os cidadãos, o acesso gratuito à saúde, como direito coletivo, onde o governo se compromete a oferecer este atendimento igual para todos.

Denota-se que a maioria dos conselheiros (62%) tem uma percepção favorável aos princípios constitucionais da universalidade de acesso, descentralização, integralidade de assistência e participação da comunidade, previstos para a implementação do SUS no país. Entretanto, 76% dos conselheiros percebem que tais princípios, como estruturantes do Sistema Único de Saúde, são implementados parcialmente no SUS em Cacoal.

Verifica-se, nas observações realizadas, que os conselheiros têm a compreensão dos princípios constitucionais estruturantes do SUS, mas concebem tais princípios como algo distante, dissociado de sua perspectiva de atuação.

A maior visibilidade sobre o SUS permite aos conselheiros uma melhor condição de participação e colaboração, ampliando a sua capacidade de discutir e apresentar propostas direcionadas à melhoria do sistema.

Verifica-se, ainda, que alguns conselheiros entendem o SUS como plano ou programa de governo e não como sistema que organiza a assistência à saúde da população:

“É um programa de saúde, criado pelo Ministério da Saúde, ainda em processo de aperfeiçoamento [...]”. (E1).

“É um plano que demorará alguns anos para atingir, na sua plenitude, a integração entre municípios, estados e União”. (E2).

Observam-se, também, outras verbalizações interessantes por parte de alguns conselheiros, que remetem à substituição do direito à saúde pela noção de caridade, por parte do Estado, e ao equívoco de interpretação na prestação dos serviços de saúde, pelos setores público e privado, previstos na legislação:

“Uma forma equivocada de assistência governamental. Quem tem trabalho e salário digno paga com satisfação uma consulta”. (E9).

“É um serviço especial do governo para os pobres e para quem necessita”. (E16).

A visão de saúde como caridade, direcionada à população “excluída”, exercida pelas ações públicas comandadas pelo Governo Federal, está inserida no imaginário social, conforme observa Tavares *et al* (2003, p.410). Tal entendimento, segundo o autor, distancia-se amplamente da concepção de saúde como direito universal aclamado pela CF/88.

Algumas verbalizações remetem a alguns limites do sistema, mais especificamente à questão do financiamento e eficiência de gestão:

“Sistema unificado de saúde, muitas vezes eficiente, mas na maioria ineficiente pela incompetência de seus gestores”. (E10).

“Perfeito na teoria, porém falido na prática. É um dos sistemas mais completos do mundo, mas com financiamento insuficiente. Lembrando também dos desvios dos recursos escassos para atender a saúde”. (E13).

De forma geral, a partir das verbalizações e das observações realizadas, verifica-se que os conselheiros percebem o SUS enquanto um sistema em construção, que necessita ser aprimorado e fortalecido diuturnamente.

A noção de controle social é percebida de diferentes formas pelos conselheiros. Boa parte dos entrevistados estabelece uma relação direta do controle social com a atuação de conselhos representativos, como atestam as verbalizações a seguir:

“É a comunidade organizada, por meio de conselhos, na discussão, elaboração e avaliação das políticas públicas”. (E6 e E11).

“É a participação da sociedade civil organizada por meio da representação dos conselhos, sindicatos e associações, com objetivo de melhorar a aplicação dos recursos”. (E15 e E21).

“Quando a população necessitar de saúde deve procurar conselho para levar as necessidades da comunidade até a rede pública”. (E16).

“São os conselhos, onde se encontram pessoas de vários setores que discutem e interagem em busca de soluções viáveis e voltadas ao bem comum”. (E19).

Verifica-se, a partir destas verbalizações, que o processo de indicação e a composição (representatividade) do Conselho são fundamentais para a efetividade do controle social e da gestão participativa. Nelas, os conselheiros se vêem como representantes do seu segmento corporativo.

Gerschman (2004, p.1674), condiciona a viabilidade do controle social “à existência de uma democracia participativa e à institucionalização dos canais de participação em conselhos setoriais”.

Dobashi e Gonçalves (2006), em pesquisa realizada no município de Campo Grande – MS, destacam o exercício do controle social e da participação da comunidade em conselhos

gestores como de fundamental importância nas discussões da política urbana, caracterizando-se como um compromisso político na gestão governamental.

A percepção do controle social como a capacidade que a sociedade tem, através da participação, de interferir na gestão pública, orientando as ações do Estado e os gastos estatais na direção dos interesses da comunidade, pode ser observada nas verbalizações a seguir:

“Administrar com responsabilidade tudo o que é destinado à sociedade. Trabalhar com a participação de todos os segmentos envolvidos”. (E2).

“São políticas implantadas com a participação da sociedade, com objetivo de atender o interesse de todos, sem distinção de grupo social”. (E3).

“É a participação de cada indivíduo num objetivo coletivo, onde todos possam ser beneficiados”. (E4).

“É a participação da sociedade organizada nas diversas ações e decisões do Estado no tocante à comunidade”. (E7).

“É a participação da sociedade no acompanhamento e verificação das ações da gestão pública na execução das políticas públicas”. (E14).

“É a participação da população nas discussões e na fiscalização dos recursos destinados à saúde [...]”. (E20).

Em trabalho realizado para traçar o perfil de atuação do Conselho Municipal de Saúde de Londrina – PR, Zanardi e Cordoni (2004) observam que o poder de participação e fiscalização dos usuários do sistema de saúde é fundamental para a consolidação do SUS e o aperfeiçoamento da própria democracia brasileira.

Castro (2007), em estudo realizado no município de Juiz de Fora – MG, defende a interação entre governo e sociedade, citando programa criado naquele município com o objetivo de valorização da participação cidadã na gestão pública, através de ações envolvendo agentes governamentais e representantes da sociedade civil.

Em relação ao CMS de Cacoal, não obstante os conselheiros apresentarem uma visão ampliada no que se refere à compreensão do controle social, constata-se que, na prática, ele é quase inexistente, por razões como as condições precárias de funcionamento do Conselho, a complexidade técnica das discussões e, ainda, pelas próprias desigualdades sociais do país, que se refletem no município.

Contribui, também, para a dificuldade de efetivação do controle social no CMS, a sua percepção de forma imprecisa por parte de alguns conselheiros:

“É reunião e orientação”. (E8).

“Uma forma de domínio de uma classe social sobre outra, mas que é benéfica para a menos favorecida”. (E9).

“É poder colaborar, através de suas opiniões, sem sofrer represálias”. (E12).

“É uma organização que é responsável para fiscalizar, pressionar e cobrar as obrigações na área da saúde”. (E17).

“É um espaço da sociedade, onde as pessoas têm direitos, vez e voz, principalmente os menos favorecidos”. (E18).

Percebe-se que alguns conselheiros concebem o controle social como um espaço da sociedade, uma reunião de orientação, uma organização, onde a sociedade tem direito, vez e voz para colaborar, pressionar e fiscalizar as ações da área da saúde.

Neste sentido, destacamos pesquisa realizada por Labra e Figueiredo (2002), para traçar um perfil sociopolítico dos representantes dos usuários nos conselhos de saúde do Rio de Janeiro, onde a definição de controle social aparece como equivalente ao poder das autoridades de controlar a vida dos cidadãos.

4.7 Perspectivas de atuação dos conselheiros e do CMS

A atuação dos conselheiros será analisada a partir das dificuldades e possibilidades que se apresentam para o desempenho de sua representação e da forma como eles constituem as demandas da comunidade junto ao conselho. Em seguida, se fará uma breve análise das perspectivas de atuação do CMS de Cacoal.

A atuação dos conselheiros junto ao CMS é percebida por eles, como: 38% (08) dos conselheiros classifica como boa, 52% (11) dos conselheiros classifica como regular e 10% (2) dos conselheiros classifica como fraca, como apresentado na Tabela 1.

Tabela 1 - Atuação do conselheiro no Conselho Municipal de Saúde (Cacoal, 2007)

Classificação	Frequência	Percentuais (%)
Muito boa	0	0
Boa	8	38%
Regular	11	52%
Fraca	2	10%
Total	21	100%

A principal dificuldade apresentada pelos conselheiros para a sua atuação se refere à inexistência de programas de capacitação. Algumas verbalizações reforçam tal dificuldade:

“Falta de conhecimento e responsabilidade de alguns conselheiros”. (E21).

“Falta de visão contextual de conselheiros”. (E13).

A necessidade de capacitação de conselheiros municipais de saúde é destacada, também, em estudos realizados por Costa e Silva (2005); Bispo, Messias e Sampaio (2006) e Castro (2007).

Para Gerschman (2004, p.1677) as questões sobre as quais o Conselho delibera, ainda que centrais à orientação do SUS, fogem a uma capacitação adequada dos conselheiros. Ou seja, “estes não possuem nem a força política, nem a informação, nem os conhecimentos especializados necessários para agir de maneira decisiva nas deliberações do Conselho”.

Outro fator citado e que, na percepção dos conselheiros, prejudica a sua atuação é a burocracia e a dificuldade para tomada de decisão.

Em estudo realizado com o objetivo de analisar a participação social na atuação dos conselhos municipais de Bertiooga-SP, Presoto e Westphal (2005, p.76) concluíram que

é imprescindível a desburocratização do aparelho público para, a partir disto, desenvolver um trabalho interdisciplinar e intersetorial, no qual a qualidade de vida deve ser considerada um critério fundamental para a formulação das políticas públicas.

Bispo, Messias e Sampaio (2007), em estudo realizado no município de Lafayette Coutinho-BA, também apontam as dificuldades encontradas pelo CMS para efetivar o cumprimento das deliberações aprovadas pelos conselheiros.

Outras dificuldades para a atuação dos conselheiros estão relacionadas à infra-estrutura, organização e insuficiência de recursos (materiais, humanos e financeiros) necessários para o funcionamento do Conselho. Pode-se constatar, nas reuniões observadas, que alguns conselheiros se manifestaram no sentido de rever o horário, a forma de convocação para as reuniões ordinárias e o número excessivo de matérias para deliberação constante na pauta.

Na análise das pautas das reuniões, observa-se que, regra geral, elas são extensas, com diversos assuntos a serem deliberados, fazendo com que matérias importantes não sejam discutidas de forma satisfatória pelos conselheiros. Observa-se, também, a dificuldade de obtenção de quorum para que as reuniões aconteçam, sendo que algumas delas têm início fora do horário previsto, à espera do número mínimo de conselheiros.

Verifica-se que a forma de organização das pautas está relacionada diretamente com a maneira pela qual o atual Conselho está composto, representando muito mais o modelo da gestão. Tal fato contribui para transformar este colegiado, não em fórum de discussão, mas em espaço para referendar questões (projetos, ações, etc.) de interesse do gestor e da administração, que nem sempre refletem as necessidades de saúde da população.

Segundo Presoto e Westphal (2005), a questão da infra-estrutura e da organização é uma discussão repetida com frequência nos trabalhos relacionados à participação social em conselhos.

Apesar dos dados coletados indicarem muito mais dificuldades que possibilidades para a atuação dos conselheiros, registram-se alguns fatores que podem contribuir de forma positiva para o fortalecimento das ações desenvolvidas pelos conselheiros e, conseqüentemente, pelo CMS de Cacoal. Inicialmente, destaca-se a realização das duas últimas Conferências Municipais de Saúde em 2003 e 2007, particularmente a realizada em agosto de 2007, onde houve uma grande mobilização social e a participação de aproximadamente 400 pessoas, entre delegados, autoridades e convidados, nos dois dias de debates, demonstrando que a comunidade, quando convocada, se faz presente.

Constata-se, também, que há uma intenção da atual administração municipal em melhorar as condições estruturais de funcionamento do CMS, inclusive destinando recursos orçamentários, em dotação própria, para as atividades do Conselho, conforme anunciado pelo próprio gestor em uma das reuniões observadas.

Observa-se, ainda, a possibilidade de revisão da legislação referente à composição, funcionamento e atribuições do CMS, corrigindo as atuais distorções e o descumprimento das normas legais vigentes. Tal matéria, inclusive, já foi aprovada pelo plenário do Conselho na reunião de setembro de 2007.

De forma indireta, verificam-se nas reuniões observadas, algumas medidas aprovadas pelo Conselho e que devem potencializar a melhoria das ações de saúde no município, facilitando a atuação dos conselheiros, a saber: maior divulgação dos programas de saúde desenvolvidos em Cacoal, ampliação das equipes do Programa de Saúde da Família e credenciamento pelo SUS de unidade para realização de exames de alta complexidade.

Em relação às formas de organização das demandas, pode-se considerar, a partir dos resultados, que as propostas são apresentadas ao CMS conforme a demanda espontânea dos segmentos que compõem o órgão, sem planejamento e articulação entre si. Não há, também, por parte do Conselho, preocupação em caracterizar e selecionar as propostas, segundo os modelos de assistência curativa e/ou de prevenção e promoção da saúde.

Destaquem-se alguns registros encontrados nas atas das reuniões observadas:

“O conselheiro cobrou mais médicos para os postos de saúde do município”. (representante dos usuários).

“O conselheiro perguntou se já foi adquirido material de raio-x para a Unidade Mista de Cacoal”. (representante dos usuários).

“O conselheiro solicitou que fossem adquiridos medicamentos básicos para a Unidade Mista de Cacoal”. (representante dos profissionais de saúde).

“O conselheiro solicitou que fosse ampliado o programa de cirurgia de cataratas”. (representante governamental).

“O conselheiro solicitou que fosse feita uma maior divulgação do programa de prevenção de câncer bucal”. (representante governamental).

“O conselheiro solicitou o credenciamento de clínica para a realização de exames de alta complexidade”. (representante governamental).

Percebe-se que a preocupação dos representantes dos usuários e dos profissionais de saúde parece ser mais concreta no que diz respeito ao aparelhamento dos serviços (mais médicos, material de raio-x, medicamentos básicos) para dar conta do atendimento. Por outro lado, as demandas dos representantes governamentais estão no sentido de ampliação de programas já instituídos e de novos serviços. Verifica-se que tais demandas são trazidas prontas, como políticas e ações a serem desenvolvidas pelo sistema municipal de saúde.

Observa-se nas reuniões que, antes do início das discussões das matérias em pauta, cada conselheiro dispõe de 3 (três) minutos para verbalizar, sendo que é neste momento que a maioria das propostas é apresentada. Registra-se, ainda, que muitas destas propostas são

novamente solicitadas nas reuniões seguintes, demonstrando que não há o empenho necessário para a efetiva solução das demandas trazidas até o Conselho.

Vale a pena destacar que a maioria das propostas apresentadas é de natureza assistencial, com ênfase em projetos e procedimentos relacionados à doença. Observa-se que, apesar da compreensão ampliada do conceito de saúde por parte dos conselheiros, as propostas apresentadas estão mais relacionadas aos procedimentos da doença e seus agravos. Registre-se, também, que o segmento governamental, principalmente o gestor, é o que mais apresenta propostas ao CMS.

Em trabalho realizado por Zanardi e Cordoni (2004), para traçar o perfil de atuação do CMS de Londrina-PR, encontrou-se situação similar, com a apresentação de propostas baseadas na demanda espontânea e fundamentada no modelo assistencial.

No mesmo sentido verifica-se estudo realizado por Morita, Guimarães e Muzio (2006), para analisar a participação dos conselheiros e sua representatividade em Botucatu-SP, onde a maioria das propostas apresentadas é de caráter assistencial/curativa e trazidas pelos conselheiros por sugestão do grupo que representam.

A atuação do Conselho Municipal de Saúde na execução das políticas de saúde implementadas no município é classificada, pelos conselheiros, da seguinte forma: 10% classifica como muito boa; 38% como boa; 38% classifica como regular e 14% como fraca, conforme Tabela 2.

Tabela 2 – Atuação do CMS na execução das políticas municipais de saúde (Cacoal, 2007)

Classificação	Freqüência	Percentuais (%)
Muito boa	2	10%
Boa	8	38%
Regular	8	38%
Fraca	3	14%
Total	21	100%

A atuação do Conselho Municipal de Saúde na fiscalização financeira e orçamentária dos recursos aplicados nas ações municipais de saúde é percebida da seguinte forma: 24%

classifica como boa, 38% classifica como regular e 38% classifica como fraca, conforme Tabela 3.

Tabela 3 – Atuação do CMS na fiscalização financeira e orçamentária dos recursos aplicados nas ações municipais de saúde (Cacoal, 2007)

Classificação	Freqüência	Percentuais (%)
Muito boa	0	0
Boa	5	24%
Regular	8	38%
Fraca	8	38%
Total	21	100%

Os resultados apontam que os próprios conselheiros reconhecem a fragilidade de sua atuação na fiscalização financeira e orçamentária dos recursos aplicados na saúde. Ressalta-se que os relatórios de gestão, por força da legislação, devem ser apresentados em audiências públicas, perante a Comissão de Finanças e Orçamento do Poder Legislativo Municipal. Com a participação nas 4 (quatro) audiências realizadas no exercício de 2007, observou-se que, em cada uma delas, a presença se restringia a 3 ou 4 conselheiros municipais de saúde.

Em relação à articulação do Conselho Municipal de Saúde com outros setores da sociedade, observa-se que os conselheiros a percebem como: 19% como boa, 48% como regular e 33% como fraca, conforme Tabela 4.

Tabela 4 – Articulação do CMS com outros setores da sociedade (Cacoal, 2007)

Classificação	Freqüência	Percentuais (%)
Muito boa	0	0
Boa	4	19%
Regular	10	48%
Fraca	7	33%
Total	21	100%

A falta de articulação com a sociedade se manifesta de forma clara, à medida que, nas reuniões observadas, não foi definida nenhuma estratégia para a efetivação das decisões tomadas, que se constitui num fator limitador para a gestão participativa.

4.8 Percepção dos usuários

Os usuários que participaram do estudo são: a maioria (59%) é do sexo feminino, com idade entre 18 e 34 anos, são casados, com renda familiar entre 1 e 5 salários mínimos e de baixa escolaridade, onde 58% cursaram somente até o ensino fundamental. Quanto ao local de residência, 89% residem na área urbana do município, sendo que 65% residem em Cacoal há mais de 10 anos.

A percepção dos usuários sobre o controle social e a gestão participativa é apreendida a partir de sua compreensão sobre saúde e SUS e o próprio significado do controle social e, ainda, em relação ao seu conhecimento sobre o CMS.

A maioria dos usuários relaciona a saúde à ausência de doenças, conforme se verifica no extrato das verbalizações a seguir:

“É estar bem consigo mesmo, se sentir bem”. (30 entrevistados).

“É o que mais precisamos na vida”. (23 entrevistados).

“Fazer exercícios e se alimentar bem”. (8 entrevistados).

“É não estar doente”. (7 entrevistados).

“Simboliza vida”. (4 entrevistados).

É interessante observar que entre os usuários participantes do estudo ainda prevalece a visão mecanicista sobre saúde/doença, incapaz de relacionar tal processo a aspectos sociais, econômicos, ambientais e culturais, por exemplo. Tal percepção minimiza a capacidade destes usuários de compreender a saúde como uma questão de cidadania e, portanto, exige esforço de participação e responsabilidade. Observa-se que esta concepção de saúde dos usuários está diretamente relacionada com a forma de constituição das demandas apresentadas pelos conselheiros representantes deste segmento no Conselho.

Os resultados colocam em evidência que os usuários têm uma visão superficial em relação ao SUS. Boa parte dos entrevistados simplesmente traduz a sigla, outros relacionam o SUS a um local ou órgão de governo e alguns apresentam uma concepção distorcida do sistema, conforme se observa a seguir:

“É o Sistema Único de Saúde”. (31 entrevistados).

“É um atendimento do governo”. (7 entrevistados).

“É o hospital do governo”. (5 entrevistados).

“É um órgão do governo, que dependemos para atendimento médico e solicitação de medicamentos”. (5 entrevistados).

“É o atendimento aos necessitados nos hospitais públicos”. (6 entrevistados).

“Uma forma de ajudar pessoas carentes”. (9 entrevistados).

“Um benefício de saúde”. (4 entrevistados).

“Única forma de saúde”. (1 entrevistado).

Parece evidente que um sistema de saúde com a grandeza e as propostas colocadas pelo SUS gera, sem sombra de dúvidas, fatores que, se por um lado garantem a democracia e os direitos de cidadania, por outro, tornam o sistema difícil de ser compreendido em sua totalidade, principalmente pelos seus usuários.

A complexidade de compreensão do sistema coincide também com a questão das condições de divulgação e acessibilidade da informação pela população usuária. Tal desafio é apontado no Relatório Final da 11ª Conferência Nacional de Saúde, quando enfatiza:

[...] como problema central, a falta ou o pouco conhecimento/informação a respeito do SUS, em seus aspectos legais e operacionais. Este cenário atinge não só os conselheiros, mas também a população usuária do SUS e os seus recursos humanos (BRASIL, 2000, p.49).

Com relação ao controle social, 84% dos usuários não sabem o que significa. Os poucos que responderam, demonstraram ter uma compreensão imprecisa do seu significado, conforme podemos ilustrar a partir do extrato das seguintes verbalizações:

“É uns ajudando aos outros”. (2 entrevistados).

“É viver bem entre a comunidade”. (2 entrevistados).

“Seria o governo acompanhar mais a sociedade”. (1 entrevistado).

“Quando tudo funciona bem”. (1 entrevistado).

“Algo que teria que acompanhar a saúde”. (1 entrevistado).

Verifica-se que o desconhecimento do significado e da importância do controle social faz com que haja uma participação escassa ou quase inexistente da comunidade junto às ações do CMS. Observa-se que a concepção dos usuários em relação ao significado do controle social se distancia totalmente da percepção dos conselheiros em relação ao mesmo tema.

Interessante observar, também, que 90% dos usuários entrevistados não conhece nenhum representante do Conselho Municipal de Saúde, 53% não sabe que em Cacoal existe um CMS e 74% não tem conhecimento de nenhuma ação do CMS que tenha contribuído para melhorar o atendimento dos serviços de saúde no município. De forma geral, percebe-se que o

CMS não é conhecido pela população. Percebe-se que estes resultados reforçam a questão já discutida anteriormente em relação à composição atual do Conselho, assim como a forma de indicação dos conselheiros, destacando que o colegiado representa muito mais a gestão e, portanto, não é percebido pela população usuária do sistema.

Para isto, também, contribui o fato dos meios de comunicação (jornal, rádio, televisão, internet, etc.) serem pouco utilizados para divulgar as atividades ou iniciativas relacionadas com as ações do Conselho, os programas de saúde ou com os problemas da comunidade. Observa-se que a necessidade de utilização dos meios de comunicação e outros mecanismos de aproximação com a sociedade são inferências sustentadas pelos resultados, como possíveis estratégias para aprimorar o controle social e a gestão participativa, visando o fortalecimento do SUS no município.

Porém, quando perguntados se já utilizaram os serviços da rede de saúde integrante do SUS em Cacoal, 62% disseram que sim, e foram bem atendidos e, ainda, 68% consideram que os serviços de saúde no município melhoraram nos últimos dez anos.

Os resultados permitem, ainda, considerar que parece não haver uma percepção clara da população usuária do SUS quanto às conquistas ensejadas pelo novo modelo, que têm diferenciais básicos, tanto no que se refere à concepção de saúde quanto às possibilidades de controle social e participação na gestão do sistema.

Os resultados obtidos no presente estudo vão ao encontro aos estudos realizados em outras regiões do país, por Bispo, Messias e Sampaio (2006), em Lafayette Coutinho – BA e Belini (2005), em Ampére – PR, quanto à falta de controle e acompanhamento do CMS dos recursos destinados à saúde. Assim como, aos observados por Presoto e Westphal (2005), em Bertoga – SP e ao realizado por Labra e Figueiredo (2002), em municípios do Rio de Janeiro, quanto à representatividade dos conselheiros e as formas de apresentação de demandas no CMS.

Em relação às questões suscitadas na introdução deste trabalho, observa-se que os representantes da sociedade praticamente não participam das decisões para a formulação, modificação e implementação das políticas municipais de saúde. O CMS tem funcionado, basicamente, como instrumento para atender e homologar as políticas propostas pela gestão

do sistema, ficando relegadas, ao segundo plano, as ações de formulação, controle e articulação destas políticas.

O controle social e a participação na definição e execução das políticas de saúde, visando o fortalecimento do SUS, são conquistas fundamentais da Reforma Sanitária Brasileira e uma importante inovação garantida pela Constituição Federal de 1988. Tais mecanismos contribuem para a ampliação da cidadania, identificando o usuário do sistema como membro de uma sociedade organizada, com direitos e deveres, e não como um simples consumidor de bens e serviços.

Pelo menos, em nível legal, a legislação já garante a criação de uma rede de conselhos e outras estratégias para viabilizar a participação cidadã nos governos. Criar essa rede foi o desafio do passado; torná-la cada vez mais eficiente é o que nos exige o futuro.

Neste contexto, a instituição de conselhos municipais de saúde, na quase totalidade dos municípios brasileiros, tem propiciado a criação de espaços de participação, até então inexistentes, para discussão de formas eficazes de atuação da sociedade civil na formulação de políticas públicas e fortalecimento do SUS.

Os Conselhos de Saúde têm avançado de forma significativa no processo de formulação e controle das políticas de saúde, mas ainda enfrentam importantes desafios, que necessitam ser superados, dentre os quais: as precárias condições operacionais e de infraestrutura para o seu funcionamento, a falta de uma cultura de transparência na gestão pública para a divulgação de informações, a baixa representatividade e legitimidade de alguns conselheiros e o não exercício do seu caráter deliberativo.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O processo de implantação do controle social e da gestão participativa no CMS de Cacoal exige um esforço coletivo do governo municipal, dos conselheiros e usuários do sistema na construção de uma agenda conjunta que possibilite a condução transparente das ações a serem desenvolvidas pelo Conselho, facilitando o controle e a fiscalização dos recursos aplicados, permitindo inclusive corrigir as decisões e avaliar os resultados da gestão municipal em saúde.

A construção da gestão participativa para o fortalecimento do SUS no município pressupõe a transformação do CMS em espaço de discussão, onde os pressupostos da cidadania, da inclusão e da participação social se constituam em agenda permanente e as experiências acumuladas, nestes 17 anos de criação do Conselho Municipal de Saúde, possam ser compartilhadas, na busca da promoção da justiça social e da melhoria do nível e situação de saúde da população.

Neste sentido é interessante observar as conclusões de Labra (2006, p.19), quando afirma que:

os Conselhos de Saúde certamente constituem espaços públicos privilegiados para, mediante a participação, acumular capital social e formar cidadãos mais conscientes, informados e capacitados para ampliar a democracia em direção às utopias que, há três décadas, marcam as lutas pelo direito a ter direitos, pela cidadania plena.

Assim, é importante destacar que o CMS se constitui em instância interna à estrutura do SUS e como espaço institucionalizado onde vai se dar o confronto entre necessidades de saúde da população e as disponibilidades para o planejamento, execução e avaliação das ações de saúde.

Recomenda-se que o município desenvolva estratégias a fim de possibilitar os meios necessários para o fortalecimento e funcionamento do CMS. Estas estratégias vão desde a definição de local adequado à sua instalação e reuniões, recursos humanos para dar suporte às suas ações e dotação orçamentária própria. Assim como, a capacitação dos conselheiros de

saúde com um enfoque mais prático, que permita o desenvolvimento das capacidades e potencialidades já existentes e considerando os diferentes segmentos que compõem o conselho.

Propõe-se, ainda, que o conselho amplie os seus canais de divulgação, possibilitando uma maior aproximação e articulação com os usuários e também com outros setores da sociedade, tais como: Câmara de Vereadores, movimentos populares, Ministério Público e demais conselhos municipais.

Por fim, ressaltamos que os resultados deste estudo serão devolvidos ao Conselho e Secretaria Municipal de Saúde de Cacoal, disponibilizados em versão impressa para consultas e na forma de seminários avaliativos.

Sugere-se, como indicativo para futuras pesquisas, a análise do controle social relacionada à baixa intensidade da prática democrática vivenciada no país e, ainda, o processo de repolitização do SUS e que venham contribuir para o fortalecimento dos conselhos municipais de saúde brasileiros, particularmente do CMS de Cacoal, na escalada de descentralização da política pública de saúde.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, Célia. **As três esferas de governo e a construção do SUS: uma revisão.** Saúde em Debate. Rio de Janeiro, v.27, n.65, 2003. p.207-20.

AMMANN, Safira B. **Participação social.** São Paulo: Cortez e Moraes, 1978.

ASSIS, Marluce M. Araújo. **O processo de construção do controle social no Sistema Único de Saúde e a gestão nos espaços institucionais.** Saúde em Debate. Rio de Janeiro, v.27, n.65, 2003. p.324-35.

BARTOLOMEI, Carlos E. F.; CARVALHO, Mariana S. de e DELDUQUE, Maria Célia. **A Saúde é um Direito!** Saúde em Debate, Rio de Janeiro, v.27, n.65, 2003. p.184-91.

BAVA, Silvio Caccia. **Participação, representação e novas formas de diálogo público.** São Paulo, Pólis. Programa Gestão Pública e Cidadania/EAESP/FGV, 2001.52p.

BELINI, Luciane M.P. **Conselho Municipal de Saúde de Ampére: avaliando o controle social.** Ampére (SC), 2005. Dissertação de Mestrado. Universidade do Oeste de Santa Catarina.

BISPO, José P. J., MESSIAS, Kelly L.M.de e SAMPAIO, José J.C. **Exercício do controle social em municípios de pequeno porte: o caso de Lafayette Coutinho (BA).** Revista Baiana de Saúde Pública. Bahia, v.30, n.2, 2006, p.248-60.

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil: Texto constitucional promulgado em 05 de outubro de 1988, com as alterações adotadas pelas Emendas Constitucionais nºs 1/92 a 53/2006 e pelas Emendas Constitucionais de Revisão nºs 1 a 6/94. Brasília: Senado Federal, Subsecretaria de Edições Técnicas, 2007. 462p.

_____. Lei Federal nº 8080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 20 de setembro de 1990, p.18005-9. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8080.htm Acesso em 24 abr. 2007.

_____. Lei Federal nº 8142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde-SUS e sobre as transferências

intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 31 de dezembro de 1990, seção 1, p.25694. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8142.htm Acesso em 24 abr. 2007.

_____. Ministério da Saúde. **Relatório final da 9ª Conferência Nacional de Saúde. Saúde: municipalização é o caminho**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 1992.

_____. Ministério da Saúde. **Relatório final da 10ª Conferência Nacional de Saúde. SUS- Construindo um modelo de atenção à saúde para a qualidade de vida**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 1996.

_____. Ministério da Saúde. **Relatório final da 11ª Conferência Nacional de Saúde. Efetivando o SUS: acesso, qualidade e humanização na atenção à saúde, com controle social**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2000.

_____. Ministério da Saúde. **Relatório final da 12ª Conferência Nacional de Saúde. A saúde que temos, o SUS que queremos**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2003.

_____. Ministério da Saúde. **O SUS e o controle social: guia de referência para conselheiros municipais**/Eugênia Lacerda. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2001.

_____. Resolução nº 333/CNS/03, de 04 de novembro de 2003. Aprova as diretrizes para criação, reformulação, estruturação e funcionamento dos Conselhos de Saúde. Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2005/resolucao333.htm Acesso em 06 de maio de 2005.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e participativa. **A construção do SUS: histórias da Reforma Sanitária e do Processo Participativo**. Brasília, DF, 2006. 300p.

CACOAL (Município). Leis Municipais nºs 278/PMC/91, 363/PMC/93, 402/PMC/93, 606/PMC/95, 943/PMC/99, 1370/PMC/02 e 1574/PMC/03. Arquivo do Poder Legislativo Municipal. Cacoal-RO, 2007.

_____. Secretaria Municipal de Saúde. **Relatório de gestão do 4º trimestre/07**. Cacoal-RO, 2007.

CAMPOS, Gastão Wagner de S. **Um balanço do processo de municipalização dos serviços de saúde no Brasil**. Saúde em Debate (28), 1990. p.24-7.

CARVALHO, Antônio Ivo de. **Conselhos de Saúde no Brasil: participação cidadã e controle social**. Rio de Janeiro: FASE/IBAM, 1995.

CARVALHO, Antônio Ivo de. **Conselhos de Saúde responsabilidade pública e cidadania: a reforma sanitária como reforma do Estado**. In: FLEURY, Sônia (Org.). **Saúde e democracia: a luta do CEBES**. São Paulo: Lemos, 1997. p.93-112.

CASTRO, Clélia M. M. de. **Participação cidadã na Gestão Pública-relato de uma experiência**. Revista de Administração Municipal-IBAM. Rio de Janeiro, n.262, 2007. p.56-63.

CORREIA, Maria Valéria C. **Que controle social?: os conselhos de saúde como instrumento**. Rio de Janeiro; Fiocruz, 2000. 164p.

CORTES, Soraya M. V. **Conselhos Municipais de Saúde: a possibilidade dos usuários participarem e os determinantes da participação**. Ciência e Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v.3, n.1, 1998.p.5-17.

COSTA, Ana Maria e LIONÇO, Tatiana. **Democracia e Gestão Participativa: uma estratégia para a equidade em Saúde?** Saúde e Sociedade. São Paulo, v.15, n.2, 2006.p.47-55.

COSTA, Ana Maria e NORONHA, José Carvalho de. **Controle Social na Saúde: construindo a Gestão Participativa**. Saúde em Debate, Rio de Janeiro, 2003. p.358-63.

COSTA E SILVA, Mircia Betânia. **Usuários do SUS: entre a reivindicação e o planejamento em saúde**. Revista de Administração Municipal. Rio de Janeiro: IBAM, 2005. p. 38-45.

DALLARI, Sueli G. **Descentralização versus municipalização**. Saúde em Debate (35), 1992. p.39-42.

_____. **Os Estados Brasileiros e o Direito à Saúde**. São Paulo: Hucitec, 1995. 42p.

DEMO, Pedro. **Participação é conquista**. São Paulo: Cortez, 1993.

_____. **Pobreza Política**. 5.ed. Campinas: Editora Autores Associados, 1996.

DOBASHI, Beatriz Figueiredo e GONÇALVES, Crhistinne C. M. **Construindo e compartilhando sucessos e desafios com a população.** Divulgação em Saúde para Debate, Rio de Janeiro, n.34, 2006. p.18-30.

DORNELLES, Soraia e LOCKS, Maria Teresa. **Controle social: de quem? Para o quê?** Saúde em Debate, Rio de Janeiro, 2003. p.348-57.

GERSCHMAN, Silvia. **Conselhos Municipais de Saúde: atuação e representação das comunidades populares.** Cad. Saúde Pública. v.20, n.6. 2004. p.1670-81.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Contagem da População 2007 e Estimativas da População 2007.** Publicadas no Diário Oficial da União de 05/10/2007. Rio de Janeiro. IBGE, 2007.

LABRA, Maria Eliana. **Conselhos de saúde.** Visões “macro” e “micro”. *Civitas – Revista de Ciências Sociais.* Porto Alegre (RS), v.6, n.1, 2006. p.199-221.

LABRA, Maria Eliana e FIGUEIREDO, Jorge S. A. **Associativismo, participação e cultura cívica: o potencial dos conselhos de saúde.** Ciência e Saúde Coletiva. Rio de Janeiro, v.7, n.3, 2002. p.537-47.

LIMA, Juliano de Carvalho. **Representatividade e participação das bases na categoria dos usuários de um Conselho Municipal de Saúde.** Saúde em Debate. Rio de Janeiro, v. 25, n.59, dez. 2001. p.29-39.

LOPES, Maria Lúcia S. **Conselhos Locais de Saúde: um estudo sobre a participação e controle social.** Londrina (PR), 2000. Dissertação de Mestrado. Universidade Estadual de Londrina.

MENDES, A. N. **Gestão descentralizada das políticas sociais e a democracia local.** Informativo CEPAM, São Paulo, v.1, n.3, 2002. p.17-20

MISOSZKY, Maria Ceci. **Gestão participativa em saúde: potencialidades e desafios para o aprofundamento da democracia.** Saúde em Debate. Rio de Janeiro, v.27, n.65, 2003. p.336-47.

MORAES, Alexandre de. **Direito Constitucional.** 10 ed. São Paulo: Atlas, 2001. 822p.

MORITA, Ione e CONCONE, Maria Helena V. B. **Conselho e conselheiros municipais de saúde: que trama é esta?** Ciências Sociais Unisinos, São Leopoldo, v.38, n.161, 2002. p.147-67.

MORITA, Ione; GUIMARÃES, Juliano F. C. e MUZIO, Bruno P.D. **A participação de conselheiros municipais de saúde: solução que se transformou em problema?** Saúde e Sociedade. São Paulo, v.15, n.1, 2006. p.49-57.

OLIVEIRA, Andréia de. **A Participação Popular nos Conselhos Populares de Saúde no Município de Criciúma- SC.** Criciúma (SC), 2001. Dissertação de Mestrado. Universidade Federal de Santa Catarina. p.1-31.

OTTAWA CHARTER HEALTH PROMOTION. WHO (WORLD) HEALTH ORGANIZATION. (1986). Disponível em: http://www.euro.who.int/AboutWHO/Policy/20010827_2 Acesso em: 07/01/2008.

PRESOTO, Lúcia H. e WESTPHAL, Márcia F. **A participação social na atuação dos conselhos municipais de Bertioga-SP.** Saúde e Sociedade. São Paulo, v.14, n.1, 2005. p.68-77.

SCHATTAN, Vera P. Coehlo. **Consejos de salud: el desafío de construir instituciones políticas participativas en Brasil.** Informativo CEPAM. São Paulo, v.1, n.3, 2004. p.62-70.

SILVA, Ionara F. da. **O processo decisório nas instâncias colegiadas do SUS e o controle social no estado do Rio de Janeiro.** Saúde em Debate. Rio de Janeiro, v.28, n.67, 2004. p.130-39.

TAVARES, Fabio Lúcio *et al.* **O SUS que temos e informação como estratégia de (in) visibilidade.** Saúde em Debate. Rio de Janeiro, v.27, n.65, 2003. p.405-13.

TEIXEIRA, Carmem Fontes. **Municipalização da Saúde: os caminhos do labirinto.** Saúde em Debate. Rio de Janeiro (35): 1992. p.4-10.

VALLA, Victor V. e STOTZ, Eduardo N. **Participação popular, educação, saúde teoria e prática.** Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1993.

VILLAR, Eugenio. **Los Determinantes Sociales de Salud y la lucha por la equidad em Salud: desafios para el Estado y la sociedad Civil.** Saúde e Sociedade. São Paulo, v.16 n.3, 2007. p.7-13.

WENDHAUSEN, Águeda e CAPONI, Sandra. **O diálogo e a participação em um conselho de saúde em Santa Catarina, Brasil.** Cad. Saúde Pública, v.18, n.6, 2002. p.1621-28.

WESTPHAL, Márcia F. **Participação popular e políticas municipais de saúde: Cotia e Vargem Grande Paulista.** São Paulo, 1992. Tese (Livre docência em Saúde Pública)-Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo.

ZANARDI, Reinaldo César e CORDONI, Luiz Jr. **A participação social na construção do modelo assistencial de saúde de Londrina.** Revista Espaço para a Saúde. v.6, n.1, 2004. p.7-15.

APÊNDICES

APÊNDICE A

- Instrumento de Coleta de Dados aplicado aos conselheiros com atuação no Conselho Municipal de Saúde de Cacoal – RO, com o objetivo de analisar o processo de controle social e gestão participativa do Sistema Único de Saúde no município.

1. Sexo: Fem.() Masc.()

2. Idade: < 25 anos ()
 25 a 34 anos ()
 35 a 44 anos ()
 45 a 54 anos ()
 55 a 64 anos ()
 > 64 anos ()

3. Estado civil: Solteiro () Casado () Viúvo () Divorciado () Outros ()

4. Renda Familiar: < 2 S.M. ()
 2 a 5 S.M. ()
 6 a 9 S.M. ()
 10 a 13 S.M. ()
 > 13 S.M. ()

5. Escolaridade: Alfabetizado ()
 Fund. Incompl. ()
 Fund. Compl. ()
 Médio Incompl. ()
 Médio Compl. ()
 Superior Incompl. ()
 Superior Compl. () Curso? _____
 Pós-Graduação () Área? _____

Profissão e ou ocupação? _____

6. O que é saúde para você?

7. No seu entendimento, o que é controle social (ou participação da comunidade organizada)?

8. O que significa “SUS” para você?

9. Quanto tempo você já atua como conselheiro municipal de saúde:

- . Menos de 1 ano ()
- . 1 a 3 anos ()
- . 4 a 6 anos ()
- . Mais de 6 anos ()

10. Segmento social representado pelo conselheiro no Conselho Municipal de Saúde:

- Governamental ()
- Prestador de Serviço ()
- Profissional de Saúde ()
- Usuário ()

11. Forma de escolha do conselheiro junto ao órgão/setor representado:

- . Indicação do gestor (Prefeito, Secr. de Saúde, Diretor de Unidade de Saúde) ()
- . Indicação de órgão colegiado (Assembléia, Diretoria) ()
- . Indicação do Presidente (sindicato, assoc. civis, clubes de serv., ONG's) ()
- . Eleição pelos pares ()
- . Auto-indicação ()
- . Outras () Qual _____

12. Dentre os fatores relacionados abaixo, escolha aquele que mais contribui com a sua atuação como conselheiro:

- . Agilidade do conselho na tomada de decisão ()
- . Recursos (materiais, humanos e financeiros) disponíveis ()
- . Alta capacidade resolutiva da rede de serviços ()
- . Descentralização das ações ()
- . Programas de capacitação para conselheiros ()
- . Democracia nas discussões e decisões do conselho ()
- . Outro (). Qual? _____

13. Dentre os fatores relacionados abaixo, escolha aquele que mais dificulta a sua atuação como conselheiro:

- . Burocracia e dificuldade para tomada de decisão ()
- . Recursos (materiais, humanos e financeiros) insuficientes ()
- . Baixa capacidade resolutiva da rede de serviços ()
- . Centralização das ações ()
- . Inexistência de programas de capacitação para conselheiros ()
- . Autoritarismo e manipulação nas discussões e decisões do conselho ()
- . Outro (). Qual? _____

14. Destaque entre as opções abaixo a sua principal forma de atuação, como conselheiro:

- . Participação ativa nas discussões e ações ()

- . Participação passiva nas discussões e ações ()
 - . Participação nas comissões constituídas pelo conselho ()
 - . Apresentação de propostas e projetos ()
 - . Apresentação de denúncias ()
 - . Acompanhamento e fiscalização das propostas aprovadas ()
 - . Acompanhamento e fiscalização na aplicação de recursos ()
 - . Outra (). Qual? _____.
15. Como você classifica a atuação do Conselho Municipal de Saúde na execução das políticas de saúde implementadas no município:
- . Muito boa ()
 - . Boa ()
 - . Regular ()
 - . Fraca ()
16. Como você classifica a atuação do conselho municipal de saúde na fiscalização financeira e orçamentária dos recursos aplicados nas ações de saúde no município:
- . Muito boa ()
 - . Boa ()
 - . Regular ()
 - . Fraca ()
17. Como se processa o retorno dos temas/ problemas discutidos no conselho ao órgão/ setor representado:
- . As informações não são repassadas ()
 - . As informações são repassadas em assembleias do órgão/ setor ()
 - . As informações são repassadas em reuniões da diretoria ()
 - . As informações são repassadas ao Presidente/Gestor ()
18. Qual o principal meio de comunicação do Conselho Municipal de Saúde com a sociedade?
- . Boletins/ Informativos ()
 - . Jornal/ Periódicos ()
 - . Cartilhas ()
 - . Comunicados por rádio/ TV ()
 - . Outro (). Qual? _____.
19. Como você classifica a articulação do Conselho Municipal de Saúde com outros setores da sociedade (Câmara de Vereadores, movimentos populares, Ministério Público, demais conselhos, etc.):
- . Muito boa ()
 - . Boa ()
 - . Regular ()
 - . Fraca ()
20. Como você classifica a sua atuação como conselheiro municipal de saúde:
- . Muito boa ()
 - . Boa ()
 - . Regular ()
 - . Fraca ()

21. Qual a sua opinião sobre os princípios constitucionais da descentralização do atendimento integral e da participação da comunidade, previstos para a implementação do SUS no país:
- . Favorável ()
 - . Desfavorável ()
 - . Não tenho opinião formada ()
 - . Indiferente ()
 - . Não conheço os princípios ()
22. Como você avalia a implementação dos princípios constitucionais da universalidade de acesso, descentralização, integralidade de assistência e participação da comunidade no SUS em Cacoal:
- . Estão sendo implementados totalmente ()
 - . Estão sendo implementados parcialmente ()
 - . Não estão sendo implementados ()
 - . Não tenho condições de avaliar ()
23. No mandato de conselheiro, você já utilizou os serviços da rede de saúde integrante do SUS em Cacoal:
- . Sim, e fui bem atendido ()
 - . Sim, e fui razoavelmente atendido ()
 - . Sim, e fui mal atendido ()
 - . Não utilizei os serviços ()
24. Como você organiza as demandas da comunidade para discussão no conselho?

Obs.: o presente instrumento de coleta de dados, passível de correções e adequações, foi adaptado pelo pesquisador a partir de modelo utilizado por Belini (2005). (*In* Dissertação de Mestrado-Fundação Universidade do Oeste de Santa Catarina).

APÊNDICE B

- Roteiro pré-definido utilizado para observação direta das reuniões do Conselho Municipal de Saúde de Cacoal – RO, com objetivo de analisar o processo de controle social e gestão participativa no Sistema Único de Saúde do município.

. Data da reunião: ___/___/ 2007.

. Horário: início ___ hs término ___ hs.

. Local: _____

. Participação: _____ conselheiros.

Agenda/pauta/assuntos _____

1. Quais os principais assuntos discutidos (a agenda prevista para a reunião ordinária e os outros assuntos além da agenda/pauta)?

2. Participação dos conselheiros nas discussões por segmento social representado:

() governamental número de intervenções? _____

() prestador de serviço número de intervenções? _____

() profissional de saúde número de intervenções? _____

() usuário número de intervenções? _____

3. Houve apresentação de proposta para a melhoria das ações e/ou a programas de saúde desenvolvidos no município?

() Não

() Sim. Qual proposta? _____

Segmento proponente: _____

4. Quais as principais decisões tomadas?

5. Foi definida estratégia para a divulgação das decisões tomadas?

() Não

() Sim. Qual? _____

6. Foi definida alguma estratégia para articulação com a sociedade para a efetivação das decisões tomadas?

() Não

() Sim. Qual? _____

APÊNDICE C

- Instrumento de Coleta de Dados aplicado aos usuários, com o objetivo de analisar o processo de controle social e gestão participativa do Sistema Único de Saúde no município.

- Sexo: Fem.() Masc.()
- Idade: < 25 anos ()
25 a 34 anos ()
35 a 44 anos ()
45 a 54 anos ()
55 a 64 anos ()
> 64 anos ()
- Estado civil: Solteiro () Casado () Viúvo () Divorciado () Outros ()
- Renda Familiar: < 2 S.M. ()
2 a 5 S.M. ()
6 a 9 S.M. ()
10 a 13 S.M. ()
> 13 S.M. ()
- Escolaridade: Alfabetizado ()
Fund. Incompl. ()
Fund. Compl. ()
Médio Incompl. ()
Médio Compl. ()
Superior Incompl. ()
Superior Compl. () Curso? _____
Pós-Graduação () Área? _____
Profissão e ou ocupação? _____
- Há quanto tempo reside no município:
. Nascido em Cacoal ()
. Menos de 1 ano ()
. 1 a 5 anos ()
. 6 a 10 anos ()
. Mais de 10 anos ()
- Local de residência:
. Zona urbana ()
. Zona rural ()

8. O que é saúde para você ?

9. No seu entendimento, o que é controle social (ou participação da comunidade organizada) ?

10. O que significa “SUS” para você ?

11. Você sabe que em Cacoal existe um Conselho Municipal de Saúde:

.Sim ()

.Não ()

12. Você conhece algum representante do Conselho Municipal de Saúde:

.Sim ()

.Não ()

13. Você já teve conhecimento de alguma ação do Conselho Municipal que contribuiu para melhorar o atendimento dos serviços de saúde no município:

.Sim ()

.Não ()

14. Como você classifica a atuação do Conselho Municipal de Saúde no acompanhamento da execução das políticas de saúde implementadas no município:

. Muito boa ()

. Boa ()

. Regular ()

. Fraca ()

. Não sei avaliar ()

15. Como você classifica a atuação do conselho municipal de saúde na fiscalização financeira e orçamentária dos recursos aplicados nas ações de saúde no município:
- . Muito boa ()
 - . Boa ()
 - . Regular ()
 - . Fraca ()
 - . Não sei avaliar ()
16. Você já utilizou os serviços da rede de saúde integrante do SUS em Cacoal:
- . Sim, e fui bem atendido ()
 - . Sim, e fui razoavelmente atendido ()
 - . Sim, e fui mal atendido ()
 - . Não utilizei os serviços ()
17. Qual o tipo de serviço utilizado:
- . Posto de saúde ou unidade básica de saúde ()
 - . Pronto socorro ()
 - . Laboratório de análises clínicas ()
 - . Hospital municipal ()
 - . Serviços de fisioterapia ()
 - . Outro. () Qual: _____.
18. Você considera que os serviços de saúde no município, nos últimos dez anos:
- . Melhoraram ()
 - . Pioraram ()
 - . Não tem como avaliar ()
19. Você considera que as ações e programas de saúde no município de Cacoal são bem divulgadas para conhecimento da comunidade:
- . Sim ()
 - . Não ()
20. Você já participou de alguma Conferência Municipal de Saúde?
- . Sim ()
 - . Não ()
21. Como você encaminha as necessidades da sua comunidade para o sistema de saúde?
-
-
-
-
-

Obs.: o presente instrumento de coleta de dados, passível de correções e adequações, foi adaptado pelo pesquisador a partir de modelo utilizado por Belini (2005). (In Dissertação de Mestrado-Fundação Universidade do Oeste de Santa Catarina).

APÊNDICE D - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Universidade de Brasília –UnB
Faculdade de Ciências da Saúde
Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Você está sendo convidado (a) para participar, como voluntário (a), em uma pesquisa. Após ser esclarecido (a) sobre as informações a seguir, no caso de aceitar fazer parte do estudo, assine ao final deste documento. A sua participação não é obrigatória. Em caso de recusa você não será penalizado (a) de forma alguma.

A presente pesquisa tem como objetivo geral analisar o processo de controle social e a gestão participativa do Sistema Único de Saúde no município de Cacoal – RO.

A sua participação consistirá em responder uma entrevista, previamente elaborada, com perguntas sobre o processo de implementação do SUS no município de Cacoal – RO. Registramos que não há quaisquer riscos relacionados à sua participação. Você também não terá nenhuma despesa com a pesquisa, que será de exclusiva responsabilidade do pesquisador. Já em relação aos benefícios, salientamos que os resultados do trabalho serão encaminhados à Secretaria e Conselho Municipal de Saúde de Cacoal, como forma de subsidiar as ações e metas visando melhorar a atuação do SUS no município.

As informações obtidas através desta pesquisa serão confidenciais e asseguramos o sigilo sobre sua participação. Ressalvamos, ainda, o seu direito de retirar este consentimento a qualquer tempo.

Você receberá uma cópia deste termo, onde consta o telefone e o endereço do pesquisador, podendo tirar todas as suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento.

Cacoal – RO, em 12 de julho de 2007.

Olinto Ferreira Júnior
RG M.1.756.427-SSP/MG

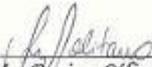
Rua Ana Lúcia, 1983
Bairro Novo Cacoal
78975-055 – Cacoal-RO
Tel.: (69) 3441-4182

Declaro que fui devidamente informado (a) e esclarecido (a) pelo pesquisador Olinto Ferreira Júnior e que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação nesta pesquisa e concordo em participar do estudo.

Cacoal – RO, em 12 de julho de 2007.
Participante da pesquisa

ANEXO

ANEXO A

 <p>COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA FACIMED</p>	<p>COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA FACIMED FACULDADE DE CIÊNCIAS BIOMÉDICAS DE CACOAL</p>	 <p>FACIMED FACULDADE DE CIÊNCIAS BIOMÉDICAS DE CACOAL</p>
<p>CERTIFICADO</p>		
<p>Certificamos que o Projeto de pesquisa intitulado CONTROLE SOCIAL: CONSTRUINDO A GESTÃO PARTICIPATIVA DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE NO MUNICÍPIO DE CACOAL, ESTADO DE RONDÔNIA, sob o protocolo nº121/2007, da Pesquisadora OLINTO FERREIRA JÚNIOR, sob a responsabilidade da Orientadora: Profª Drª Diana Lúcia de Moura Pinho está de acordo com a resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde/MS, de 10/10/96, tendo sido aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa-FACIMED.</p>		
<p>Cacoal, 10 de Setembro de 2007.</p>		
<p> Prof. Ms. Regina Célia Politano coordenadora CEP/FACIMED</p>		