



UNIVERSIDADE DO
ESTADO DA BAHIA

**UNIVERSIDADE DO ESTADO DA BAHIA – UNEB
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E ENSINO DE PÓS-GRADUAÇÃO – PPG
DEPARTAMENTO DE CIÊNCIAS HUMANAS – DCH
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM POLÍTICAS PÚBLICAS, GESTÃO
DO CONHECIMENTO E DESENVOLVIMENTO REGIONAL**

WILSON MOURA SILVA FILHO

**PARTICIPAÇÃO E CONTROLE SOCIAL DO CONSELHO
MUNICIPAL DE SAÚDE DE UM MUNICÍPIO BRASILEIRO**

SALVADOR

2012

WILSON MOURA SILVA FILHO

**PARTICIPAÇÃO E CONTROLE SOCIAL DO CONSELHO
MUNICIPAL DE SAÚDE DE UM MUNICÍPIO BRASILEIRO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas, Gestão do Conhecimento e Desenvolvimento Regional (PGDR) – Mestrado Profissional da Universidade do Estado da Bahia, Campus I, Salvador-BA, para obtenção do título de Mestre.

Linha de Pesquisa: Políticas Públicas e Desenvolvimento Regional

Orientadora: Prof^a Dra. Maria de Fátima Hanaque Campos.

SALVADOR

2012

S584p

Silva Filho, Wilson Moura.

Participação e controle social do Conselho Municipal de Saúde de um município brasileiro / Wilson Moura Silva Filho, 2012.

126: il.;color.

Orientador (a): Maria de Fátima Hanaque Campos.

Dissertação (Mestrado) – Universidade do Estado da Bahia, Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas, Gestão do Conhecimento e Desenvolvimento Regional, Salvador, 2012.

Inclui Referências.

1. Conselho Municipal de Saúde - Fiscalização.
 2. Saúde pública – Participação e controle social.
- I. Campos, Maria de Fátima Hanaque . II. Universidade do Estado da Bahia, Programa de Pós- Graduação em Políticas Públicas, Gestão do Conhecimento e Desenvolvimento Regional.
- III. T.

CDD: 362.1

FOLHA DE APROVAÇÃO

WILSON MOURA SILVA FILHO

PARTICIPAÇÃO E CONTROLE SOCIAL DO CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DE UM MUNICÍPIO BRASILEIRO

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas, Gestão do Conhecimento e Desenvolvimento Regional (PGDR) – Mestrado Profissional da Universidade do Estado da Bahia, Campus I, Salvador-BA, para obtenção do título de Mestre.

Linha de Pesquisa: Políticas Públicas e Desenvolvimento Regional

Aprovada em: 17/08/2012

BANCA EXAMINADORA

Profª Dra. Maria de Fátima Hanaque Campos – Orientadora

Instituição: UNEB Assinatura

Profª Dra. Ana Maria Ferreira Menezes – Examinadora Interna

Instituição: UNEB Assinatura

Profª Dra. Alba Benemerita Alves Vilela – Examinadora Externa

Instituição: UESB Assinatura

DEDICATÓRIA

A Deus, que me dotou de sapiência necessária para que eu pudesse, concluir, com êxito, mais esta importante realização, tanto para minha vida profissional, quanto pessoal.

À minha família e amigos que me conduziram ao caminho do conhecimento e me apoiaram em todas as etapas da minha vida.

À minha amada Bia que com muita paciência e perseverança superou mais uma etapa de muita expectativa, busca e apreensão.

À minha linda e amada filha que esteve comigo em todos os momentos, até mesmo naqueles em que eu estava distante fisicamente. Por você eu encontrei força para continuar e chegar até aqui!

AGRADECIMENTOS

A UESB, pelo apoio incondicional desde o processo seletivo até a conclusão deste trabalho. A esta Instituição que acreditou e investiu no meu progresso, minha eterna gratidão!

A UNEB, por ter aberto suas portas para que pessoas sedentas de conhecimento possam buscar em suas fontes, as raízes do saber!

Ao PGDR, professores e funcionários que estiveram ao nosso lado durante mais de dois anos, nos apoiando e nos incentivando a continuar.

À minha orientadora Fátima, a quem eu devo todo empenho e incentivo neste trabalho: meu muito obrigado!

À prof^a Alba, a minha gratidão por ter aceito de forma inquestionável o convite para participar como examinadora externa da banca de avaliação da minha dissertação.

Aos meus colegas de trabalho que sempre estiveram me apoiando e me incentivando para continuar. A eles que quebraram “aquele galho” para que eu pudesse conciliar as várias atividades: trabalho, estudo, família ...

Ao Conselho Municipal de Saúde que me acolheu e colocou em minhas mãos as informações que eu precisava para realizar este trabalho.

Ao Núcleo Municipal de Educação Permanente em Saúde, os meus sinceros agradecimentos por ter percebido a importância e permitido a realização desse estudo.

À minha amiga Jerusa, com quem eu aprendi a dividir as minhas ansiedades, os meus projetos e as minhas incertezas.

Aos colegas de curso aos quais eu devo muito do que aprendi no período em que estivemos juntos.

Ao SINTEST que abriu suas portas para nos acolher.

A todos aqueles que contribuíram com a pesquisa, sou grato pela disponibilidade, paciência e simpatia com que todos me demonstraram durante o processo de coleta de dados, pois sem vocês não seria possível a realização dessa pesquisa.

A todos que, de um modo ou de outro, contribuíram, para a realização deste trabalho.

EPÍGRAFE

A vida é cheia de términos e novos começos.

*A cada curva há algo que nos desafia,
seja o novo, formidável, ou simplesmente o familiar.*

*O que para uns é uma montanha intransponível,
para outros um desafio a vencer.*

*O que se torna sombrio para alguns
ainda permanece iluminado para outros.*

*Os otimistas vêem o caminho à frente,
os pessimistas ficam tão ocupados
em olhar para trás que não conseguem
ver a solução bem diante deles.*

*Se ficarmos segurando a corda
que nos arrasta para trás
não teremos mãos livres
para agarrar a corda que nos
puxa para frente.*

Autor desconhecido.

RESUMO

O objetivo deste estudo é avaliar a atuação do Conselho Municipal de Saúde para a efetivação das ações propostas nos serviços de saúde do Município no período de 2000 a 2011. Trata-se de um estudo exploratório, de natureza qualitativa, junto ao Conselho Municipal de Saúde, no qual a Política Pública de Saúde é tratada na Gestão Participativa do Município, buscando situar o estado da arte com base em publicações que tratam do assunto. Os dados analisados demonstram que no período estudado, o Conselho Municipal de Saúde desempenhou ainda que, com relativa autonomia, as suas atribuições enquanto arena permanente, fiscalizadora e deliberativa das propostas sugeridas tanto de iniciativa da Secretaria Municipal de Saúde, quanto do Ministério da Saúde. A pesquisa empírica possibilitou conhecer mais de perto os atores participantes do processo do controle social e permitiu em um primeiro momento, avaliar o perfil dos conselheiros, integrantes do CMS, buscando conhecer além de suas características sociodemográficas, as suas habilidades, conhecimentos e percepções sobre o sistema público de saúde e do processo de participação para o exercício do controle social. Dentre os resultados obtidos destacam-se os 69,2% dos conselheiros que possuem nível superior de escolaridade; 92,3% que sinalizam o Controle Social e Participação Cidadã como uma das principais competências dos conselhos; 69% dos entrevistados que se dizem comprometidos com o conselho; e 85% que referem apresentar as dificuldades e propor mudanças, como uma das formas de atuar junto aos gestores. A proposta de uma agenda comum cria expectativas considerando que esta seja um instrumento regulador das ações desenvolvidas no município, levando-se em consideração as particularidades de cada local. A análise documental chama a atenção para o efetivo exercício na fiscalização das ações, denúncias de irregularidades e prestação de contas; além de deliberar os projetos e programas pactuados, destacam-se as homenagens e premiações recebidas ao longo dos anos analisados.

Palavras-Chave: Ações. Fiscalização. Conselho. Participação. Controle Social.

ABSTRACT

The objective of this study is to evaluate the performance of the Municipal Health Council for the effectiveness of the proposed actions in the health services in the city in the period of 2000 to 2011. This is an exploratory study, qualitative in nature, made with the Municipal Health Council, in which the Public Health Policy is treated in the Participatory Management of the City, seeking to situate the state of the art based on publications that deal with the subject. The analysed data demonstrate that in the period studied, the Municipal Health Council played even though with relative autonomy, their tasks while permanent arena, supervisory and deliberative proposals suggested both the initiative of the Municipal Health Department, and the Ministry of Health. The empirical research has helped understand more closely the actors participating in the process of social control and allowed in the first moment, evaluate the profile of councilors, members of CMS, as well as getting to know their sociodemographic characteristics, their skills, knowledge and perceptions about public health system and the participation process for the exercise of social control. Among the results we highlight that 69.2% of counselors have higher education level, 92.3% indicate the Citizen Participation and Social Control as one of the main responsibilities of councils, 69% of the interviewees who say they are committed with the council, and 85% report to show the difficulties and propose changes, as a way of working together with the managers. The proposal for a common agenda creates expectations considering that this is a regulatory instrument of the actions developed in the city, taking into account the particularities of each place. The documentary analysis draws attention to the effective exercise of the supervisory actions, whistleblowing of irregularities and accountability, besides deliberating projects and programs agreed upon, stands out the honors and awards received over the years analyzed.

Keywords: Actions. Supervision. Council. Participation. Social Control.

LISTA DE QUADROS

Quadro 01 – Caracterização Sociodemográfica dos Conselheiros do Conselho Municipal de Saúde de Vitória da Conquista, 2011	56
Quadro 02 – Competências dos Conselhos	60
Quadro 03 – Melhoras nos Principais Indicadores de Saúde da Atenção Básica do Município	61
Quadro 04 – Melhoras nos Principais Indicadores de Saúde da Atenção Básica do Município – comparativo Datasus	63
Quadro 05 – Principais Conquistas Após Implantação dos Conselhos	66
Quadro 06 – Capacitação e Aperfeiçoamento de Conselheiros	72
Quadro 07 – Mobilização Popular, Participação e Controle Social	75
Quadro 08 – Atendimentos de Urgência/emergência e Laboratorial	78
Quadro 09 – Ampliação dos Serviços	81
Quadro 10 – Gestão Participativa	85
Quadro 11 – Projetos, Programas, Convênios e Campanhas de Saúde	90
Quadro 12 – Homenagens e Premiações	93

LISTA DE GRÁFICOS E TABELAS

Gráfico 01 – Representação do Cumprimento da Agenda de Rotinas	57
Gráfico 02 – Relacionamento dos Conselheiros com o SUS	58
Gráfico 03 – Variáveis dos Indicadores que Apresentam Maiores Percentuais .	62
Gráfico 04 – Poder de Atuação do Conselho Junto aos Gestores	65
Tabela 1 – Como Definir a Participação no Conselho	64
Tabela 2 – Repasse dos Recursos para a Saúde	68

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

AB – Atenção Básica
ABO – Associação Brasileira de Odontologia
ACS – Agente Comunitário de Saúde
AIH – Autorização de Internamento Hospitalar
AIS – Ações Integradas de Saúde
ASFARMA – Associação de Farmacêuticos
BNDES – Banco Nacional de Desenvolvimento Social
CAP's – Caixas de Aposentadorias e Pensões
CAPS AD – Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas
CEAD – Centro de Estudo e Atenção às Dependências Químicas
CEBES – Centro Brasileiro de Estudos em Saúde
CEMAE – Centro Municipal de Atendimento Especializado
CEMERF – Centro de Especialidades Médicas e Reabilitação Física
CEREST – Centro Regional Especializado em Saúde do Trabalhador
CIB – Comissão Intergestores Bipartite
CIT – Comissão Intergestores Tripartite
CLS – Conselho Local de Saúde
CMS – Conselho Municipal de Saúde
CNS – Conselho Nacional de Saúde
CR-DST/AIDS – Centro de Referência - Doenças Sexualmente Transmissíveis/
Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
CSU – Centro Social Urbano
DF – Distrito Federal
EC 29 – Emenda Constitucional 29
ESB – Equipe de Saúde Bucal
ESF – Estratégia de Saúde da Família
HIV – Vírus da Imunodeficiência Humana
IAP's – Institutos de Aposentadorias e Pensões
IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
INAMPS – Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
INPS – Instituto Nacional de Previdência Social
MS – Ministério da Saúde
MP – Ministério Público

NASF – Núcleo de Apoio à Saúde da Família
NOAS – Norma Operacional de Assistência à Saúde
NOB – Normas Operacionais Básicas
OPAS – Organização Pan-Americana de Saúde
PA – Pronto Atendimento
PAM – Plano de Ações e Metas
PACS – Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PGDR – Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas, Gestão do Conhecimento e Desenvolvimento Regional
PIASS – Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento
PIASS – Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento
POI – Programação orçamentação Integrada
PPA – Programação Plurianual
PPI – Programação Pactuada Integrada
PROESF – Projeto Expansão e Consolidação Saúde da Família
PSF – Programa de Saúde da Família
RSB – Reforma Sanitária Brasileira
SALTE – Saúde, Alimentação, Transporte e Energia
SAMU – Serviço de Atendimento Médico de Urgência
SESAB – Secretaria Estadual de Saúde da Bahia
SindSaúde – Sindicato dos Trabalhadores em Saúde
SINPAS – Sistema Nacional de Previdência Social
SISVAN – Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional
SMS – Secretaria Municipal de Saúde
SPE – Serviço de Proteção nas Escolas
SUDS – Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde
SUS – Sistema Único de Saúde
UESB – Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia
UBS – Unidade Básica de Saúde
UFBA – Universidade Federal do Estado da Bahia
UNICEF – Fundo das Nações Unidas para a Infância
USF – Unidade de Saúde da Família
VCA – Vitória da Conquista

SUMÁRIO

1 Introdução	13
2 Pressupostos teóricos para a compreensão das políticas públicas de saúde: uma retrospectiva histórica	17
2.1 Conceituação Política	17
2.2 Repensando o passado para entender o presente: ganhos e desafios na contextualização histórica do sistema de saúde	23
2.3 O Sistema Público de Saúde e a prática democrática da participação – a constituição dos conselhos	32
2.4 Reforma Sanitária no Brasil – uma nova percepção de organização do sistema de saúde	36
3 Percurso Metodológico	40
3.1 Conceitos da abordagem qualitativa	40
3.2 O Método	41
3.3 Local da pesquisa	41
3.4 Sujeitos da pesquisa	44
3.5 Amostra	48
3.6 Entrada no campo da pesquisa	48
3.7 Instrumentos de coleta de dados	49
3.7.1 Observação participante	50
3.7.2 O formulário de questões (questionário)	50
3.7.3 A pesquisa documental	51
3.8 Aspectos éticos	52
3.9 Análise dos dados	52
4 Resultados e Discussões	55
4.1 Análise do perfil participativo do Conselho Municipal de Saúde	55
4.2 Tratamento dos Dados Documentais	70
4.2.1 Capacitação e Aperfeiçoamento de Conselheiros	71
4.2.2 Mobilização Popular, Participação e Controle Social	73
4.2.3 Atendimento de Urgência/emergência e Laboratorial	77
4.2.4 Ampliação dos Serviços	79
4.2.5 Gestão Participativa	82
4.2.6 Projetos, Programas, Convênios e Campanhas de Saúde	87
4.2.7 Homenagens e Premiações	92
5 Conclusão	94
Referências	98
Apêndices	102
Anexos	117

1 INTRODUÇÃO

Este trabalho é fruto de uma inquietação acadêmica do autor para conhecer os caminhos percorridos no processo de construção do Sistema de Saúde do Município de Vitória da Conquista, especialmente a partir da redemocratização do país, fato que só foi possível devido a atuação dos grupos organizados da sociedade que começaram a reivindicar transformações sociais. Esses grupos formados por trabalhadores, intelectuais, universitários e outros atores, se mobilizam para protestar contra a forma de governo autoritária e contra as condições degradantes nas quais a população estava vivendo na época.

Com a abertura democrática, esses grupos são reestruturados e começam a formar os fóruns de debates que vão culminar na 8ª Conferência Nacional de Saúde, da qual saem as primeiras propostas para iniciar o processo de Reforma Sanitária no Brasil. O marco desta iniciativa foi a mudança do modelo de assistência à saúde, antes, baseado no modelo médico curativista, passando para o modelo preventivista, a partir da implantação do Programa Saúde da Família (PSF), que apresenta como finalidades: integrar ações de promoção e prevenção da saúde; racionalizar recursos destinados à atenção secundária e terciária; solucionar problemas de urgências e emergências; promover a integração do Sistema Único de Saúde com as universidades e definir políticas de recursos humanos (GABARDO, et al. 2009).

Nesse processo de mudanças sociais, inserem-se os conselhos de saúde com atuação nas arenas de discussões, elaboração, avaliação e de implementação de ações que vão promover a efetivação de sua atuação, no período de 2000 a 2011. Assim, foi estabelecida a problemática deste estudo: De que forma são articuladas as contribuições do Conselho Municipal de Saúde (CMS) para efetivação das ações de políticas públicas de saúde no Município de Vitória da Conquista?

Buscando aproximar o objeto de pesquisa dos pressupostos teóricos e fundamentações legalmente constituídas sobre o assunto pelo Ministério da Saúde (MS) e por diversos autores que descrevem a política de saúde num contexto histórico, político, econômico e acadêmico, situa-se o estado da arte nos momentos que marcaram as transformações que impulsionaram as reformas da saúde.

Desde a sua implantação, o SUS, datado da promulgação da Carta Magna de 1988, quando o acesso à saúde pública foi declarado como direito de todos e dever

do Estado, o Sistema público de Saúde tem enfrentado vários desafios para se manter, apesar das forças externas exercerem forte influência para diminuir e até mesmo anular o poder do exercício de prestar ao cidadão brasileiro, uma saúde pública que contemple os princípios da universalidade, da equidade e da integralidade, como teoriza a Lei Orgânica de nº 8.080/90.

Partindo da questão norteadora de que as ações de saúde desenvolvidas no Município até o presente momento surgiram dos espaços de debates formados para atender às manifestações populares de insatisfações com o modelo de atenção vigente na época, assim como aconteceu em todo o território nacional, especialmente nas grandes cidades, o município apresenta algumas características que lhe são peculiares, por se tratar de um dos primeiros municípios do Brasil a adotar na sua agenda pública as diretrizes da Lei Orgânica 8.142/90 que reza no seu artigo 1º que o Conselho de Saúde é órgão colegiado, permanente e deliberativo para atuar na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde (BRASIL, 1990).

Vitória da Conquista foi o primeiro município do estado da Bahia a adotar a forma de Gestão Plena do sistema de saúde; entre as diversas conquistas alcançadas destaca-se o Serviço de Atenção Médica de Urgência e Emergência (SAMU 192), quando no Brasil, apenas sete capitais haviam sido contempladas; foi homenageado diversas vezes com moções, premiações e publicações por se destacar na atuação dos serviços públicos de saúde prestados à sua população.

Portanto, ao se questionar a efetividade da participação do CMS, cria-se a expectativa de que, este enquanto arena de debates que proporciona muitas transformações sociais, na construção do Sistema de Saúde, está se enfatizando que o Conselho tem legitimidade para propor e aprovar ações não apenas no campo da saúde, mas também nas diversas áreas que interconectam-se a este e fazem parte do conceito ampliado de saúde, como os setores de cultura, lazer, alimentação, moradia, transporte, a secretaria municipal de saúde e suas subsecretarias, entre outros.

Dessa forma, esse trabalho apresenta como objetivo geral, analisar a atuação do CMS nos serviços de atenção à saúde do Município de VCA. E para dar respaldo a este objetivo, são elencados a seguir, os objetivos específicos, buscando estabelecer uma ligação entre o objeto de pesquisa e as conquistas sociais do sistema público de saúde: 1- caracterizar a política de saúde, destacando a

participação da sociedade civil organizada, no processo de democratização da saúde; 2- avaliar as políticas de saúde na ótica do controle social; 3- compreender a participação do Conselho na formulação e implementação dessas ações.

Trata-se de um estudo exploratório, de natureza qualitativa, com delineamento em análises de publicações científicas, revistas, artigos, livros e banco de dados (livros de atas, regimentos, relatórios e plano municipal de saúde), além de um questionário semi-estruturado, composto de questões que visam levantar informações que permitem conhecer o perfil dos conselheiros integrantes do CMS, suas habilidades e conhecimentos, como atores representantes de segmentos da sociedade civil organizada.

O lócus da pesquisa foi o Núcleo Gestor de Controle Social, localizado na Rua Goes Calmon, nas dependências da Secretaria Municipal de Saúde. Os instrumentos metodológicos para o levantamento dos dados foram o questionário semi-estruturado e a análise documental, fundamentada nos documentos do CMS. O tratamento dos dados está baseado nas falas dos conselheiros em reuniões oficiais, realizadas em plenárias do Conselho, documentadas em atas e relatórios, com referências a publicações que fundamentam o assunto.

As reflexões teóricas estão elucidadas com base nos objetivos propostos, com fundamentação sobre a política pública de saúde, inicialmente tratada no contexto histórico e político, seguidas de uma breve avaliação do processo de democratização da saúde, na qual são referenciadas algumas situações da Reforma Sanitária Brasileira (RSB), incluindo aí, a constituição dos conselhos, enquanto parte fundamental para a democratização da saúde no Brasil.

Assim, este estudo traz no capítulo que trata da revisão bibliográfica, o levantamento dos pontos de relevância para uma análise qualitativa do atual contexto, no qual se encontram as políticas sociais, buscando uma aproximação do conceito de políticas setoriais, bem como das questões a elas relacionadas. Como se trata de um objeto histórico, de caráter social, a sua contextualização está feita em torno de argumentações que tentam esclarecer os pressupostos que dão sustentação à participação da sociedade nos fóruns de debates, aqui considerados CMS.

Com efeito, disciplinar, o estudo das políticas públicas setoriais de saúde faz parte da grande área das humanidades e a sua formulação articula um conjunto de conhecimentos em Sociologia, Política, Economia e Direito, dentre outras Ciências.

Uma das características dessa área é a sua perspectiva interdisciplinar, amplamente adotada para dar conta de questões e desafios que ela envolve e se propõe a decifrar.

Desta forma, busca-se apresentar as políticas públicas setoriais de maneira que a compreensão a respeito das bases teóricas e metodológicas sejam claramente elucidadas e compartilhadas com os interessados em pesquisar e entender os rumos das políticas que norteiam os caminhos do fazer social no Brasil.

O capítulo que versa sobre o percurso metodológico traz uma descrição do método qualitativo, com fundamentação na análise de conteúdo elaborada por Bardin (2011) e proposta por Minayo (2007), para a qual propõem a avaliação dos dados analisados por categorizações temáticas.

Por fim, os resultados apresentados possibilitam uma análise crítica sobre o atual estado da saúde pública, tendo em vista os ganhos e os desafios que o sistema público de saúde visivelmente apresenta.

2 - Pressupostos teóricos para a compreensão das políticas públicas de saúde: uma retrospectiva histórica

2.1 Conceituação Política

Para compreender o processo de formulação e implementação da política pública de saúde, o Sistema Único de Saúde (SUS), é necessário entender os caminhos traçados na história desta política desde a sua origem, conhecendo os fundamentos que deram base e sustentação para que a participação social fosse um marco decisório para o alcance de um modelo de política que buscasse incluir a todos com universalidade, equidade e igualdade.

Nenhuma sociedade desde que surgiu a humanidade viveu sem política, sendo a política reconhecida pelos gregos, de onde vêm os principais termos como: Aristocracia, tirania, monarquia, oligarquia, democracia e principalmente a palavra política. Aborda-se a visão dos principais filósofos gregos a exemplo de Platão e Aristóteles. Platão com a definição da vida política, que surge a partir da necessidade individual do homem e da divisão do trabalho. Aristóteles define o homem como animal político, que não consegue viver sem os seus semelhantes. Portanto, o autor considera a existência da política, desde a existência da humanidade. Em qualquer sociedade, seja uma tribo, uma aldeia, uma associação, uma colônia etc, em todas existe a política, pois esta só existe se existe comunidade (WOLFF, 2003).

Pitágoras afirma que o homem deve viver politicamente, pois lhe faltam qualidades biológicas para lutar pela vida. Aristóteles define o homem como animal político, não podendo ser feliz senão em comunidades políticas (WOLFF, 2003). Considerando o posicionamento grego, segundo a ótica desse mesmo autor, pode ser observado que eles buscam manter uma inter-relação para a formação integral – corpo e espírito – para o debate intelectual, conforme a época ou lugar.

Embora a política seja inerente ao ser humano, o autor cita a coerção como uma necessidade do homem para viver em comunidades políticas, sendo obrigado a viver contra sua própria natureza. Essa necessidade é fruto do poder de polícia, poder de comando, de força, que foge do verdadeiro significado de política, que para se instalar precisa de um lugar e de poder, seus elementos essenciais e determinantes da sua existência.

Para Ranciere (1996), único entre todos os animais, o homem possui a palavra. Sem dúvida, a voz é o meio pelo qual se indica a dor e o prazer. Por isso pertence aos outros animais. Mas a palavra está aí para manifestar o útil e o nocivo e, por conseqüência, o justo e o injusto. É isso que é próprio dos homens, em comparação com os outros animais. É o único que possui o sentimento do bem e do mal, do justo e do injusto. A posse desse órgão de manifestação marca a separação entre duas espécies de animais como diferença de duas maneiras de se participar do sensível: a do prazer e do sofrimento, comum a todos os animais; e a do bem e do mal, própria somente aos homens (RANCIERE, 1996).

Dessa forma, segundo o autor supracitado, tem-se um exemplo de justiça praticado em uma comunidade política, pois somente se trata daquilo que é comum a todos, não a reparação dos danos que um indivíduo pode causar ao outro, sendo este último uma característica do comportamento da democracia moderna. Na democracia grega, a justiça é a ordem que determina a divisão do comum, e na democracia moderna as oligarquias governam pelo jogo aritmético buscando sempre cada vez mais lucros, determinando as classes sociais e explorando mais e mais os sem parcelas.

Oliveira (2007) chama a atenção para o período histórico compreendido entre 1964 e 1990 que correspondeu a uma época de forte invenção política no Brasil. A ditadura, ela mesma sinal da impossibilidade de hegemonia, promoveu uma aceleração na transformação das forças produtivas, logrando um crescimento econômico que elevou a média da expansão capitalista nos últimos cinqüenta anos, como ficou reconhecido nos anos do milagre brasileiro.

O golpe de Estado de 1964 foi um abalo sísmico no sistema político que já acusava o deslocamento de atores centrais, como a burguesia industrial nacional e o proletariado como subsidiário da estrutura de poder. Mas o golpe não significou a mudança de modelo. As exigências do processo de acumulação da industrialização substitutiva requeriam radicalização do controle do novo ator fundamental - o operariado (OLIVEIRA, 2007).

A Nova República, segundo o autor, institucionalizou a redemocratização após a queda da ditadura, sob a forma de uma transição feita ainda por cima, prussianamente, pois o controle da redemocratização ficou, entre o partido de oposição à ditadura, agora PMDB, e os amplos salvos do incêndio no PFL, mas já temperado pelo surgimento do Partido dos Trabalhadores – provavelmente a maior

invenção da história brasileira do século XX depois do PCB em 1922. A outra grande invenção foi a formação e constituição do Movimento dos Trabalhadores Sem-Terra. Nesse momento nasce uma era de indeterminação, com a abertura comercial, a financeirização do capitalismo – a globalização – que abriu as comportas dos sistemas monetários e financeiros do capitalismo.

O período que se chamou neoliberal operou uma mudança extraordinária na dominação burguesa no Brasil. Em primeiro lugar, a financeirização da economia pré-determina a acumulação possível e o lugar do Estado na economia. Em segundo lugar, as intensas privatizações retiraram do Estado a capacidade de fazer política de produção (OLIVEIRA, 2007).

Santos (2008) denomina esta nova forma de administração política da modernidade capitalista de “Contrato Social”, considerando que a nova conjuntura gerou uma “gestão controlada” dos sistemas de desigualdade e de exclusão. Esse contrato visa criar um paradigma sócio-político que produz de maneira normal, constante e consistente quatro bens públicos: legitimidade da governação, bem-estar econômico e social, segurança e identidade cultural nacional.

Nesse novo contexto, esse mesmo autor tenta dar ao Estado uma característica reformável: a reforma do Estado e o Terceiro Setor. Considera o Terceiro Setor como uma designação residual e vaga com que se pretende dar conta de um vastíssimo conjunto de organizações sociais que não são nem estatais, nem mercantis, ou seja, organizações sociais que, por um lado, sendo privadas, não visam fins lucrativos, e, por outro lado, sendo animadas por objetivos sociais, públicos ou coletivos, não são estatais. Enfatiza a essência do terceiro setor como organismo novo e capaz de mudar, de construir, de reformar o Estado. Trata-se de um novo movimento social que surge para controlar as desigualdades e a exclusão social, por meio das organizações que têm a responsabilidade de construir uma nova gramática, um novo tempo, um novo mundo.

Por outro lado, Cardoso Jr. (2009) traz a idéia de um Estado programado, planejado de forma descentralizada para promover o desenvolvimento. Enfatiza a participação do Estado, enquanto ator principal na retomada do crescimento econômico e das políticas públicas, embora a ênfase das políticas domésticas ainda esteja centrada na harmonização e homogeneização das estruturas de produção e distribuição, nos controles orçamentários e na inflação, que recolocam o tema do Estado no centro da discussão sobre os rumos do desenvolvimento, em sua dupla

perspectiva, global-nacional, sendo os Estados nacionais os principais responsáveis pela regulação da vida social, econômica e política. O autor chama a atenção para a importância da atuação do Estado enquanto promotor das políticas públicas, levando em consideração que a atuação do Estado é fator imprescindível para que haja a efetivação das Políticas Públicas.

Dentro do processo de planejamento estratégico em curso no IPEA, identificaram-se sete grandes dimensões ou eixos estruturantes para o desenvolvimento brasileiro: inserção internacional soberana; macroeconomia para o pleno emprego; infra-estrutura econômica, social e urbana; estrutura tecnoprodutiva avançada e regionalmente articulada; sustentabilidade ambiental; proteção social; garantia de direitos e geração de oportunidades; fortalecimento do estado, das instituições e da democracia (CARDOSO JR., 2009).

Para Cardoso Jr. (2009), num contexto de crescente internacionalização dos fluxos de bens, serviços, pessoas, símbolos e idéias pelo mundo, está posta para as nações a questão dos espaços possíveis e adequados de soberania (econômica, política, militar, cultural, etc.). Cardoso destaca que, apesar da globalização interferir em todas as áreas, ainda restam algumas de soberania exclusiva do Estado. E nesta perspectiva, uma nação soberana precisa de autonomia para fazer políticas públicas.

Além do crescimento econômico, novos enfoques devem ser dimensionados para promover o bem-estar social; as atividades de ciência, tecnologia e inovação, territorialmente articuladas, são concebidas como fundamentais para a redução das desigualdades e para o próprio desenvolvimento nacional. Contudo, o Estado é referência na regulação de diversas dinâmicas sociais, tendo o planejamento governamental e as políticas públicas como instâncias lógicas de mediação prática entre Estado e desenvolvimento.

Bacelar (2003) traz como idéia central para esta discussão, uma proposta de mudança de um Estado desenvolvimentista para um Estado transformador. Um Estado que seja capaz de inovar e transformar por meio de mudanças na forma de produzir atrelada à educação e novas tecnologias.

No período compreendido entre 1920 e 1980 o Brasil apresentava como características que marcavam sua identidade agrícola: o desenvolvimentismo, o conservadorismo, a centralização e o autoritarismo, embora objetivasse consolidar o processo de industrialização. A autora acima citada critica a postura centralizadora

do Brasil quando faz menção a pouca ênfase dada ao bem-estar, pois o país que faz política e não regula suas ações, que se preocupa mais com o crescimento econômico e menos com o bem-estar deixa de promover conforto e segurança social para a sociedade. Já o caráter autoritário faz do país refém dos seus próprios políticos.

A construção do país se fez ao longo do tempo por meio de investimentos maciços em construções de rodovias, ferrovias, portos, telecomunicações, dentre tantas outras realizações e empresas estatais que construíram a identidade do Brasil e hoje se vê esvair por meio das privatizações de todos estes setores, o que, para Bacelar significa abrir mão da identidade política da construção de um Estado novo e realizador.

A herança dessa história brasileira na visão de Bacelar é que o Brasil, um país que consegue ser uma das maiores economias do mundo, e que tem ao mesmo tempo, a maior fratura social dentre os países de perfil semelhante, quando apenas 10% da população considerados mais ricos, detém quase 50% da renda.

Para Bacelar o movimento de globalização marca uma mudança no mundo: a existência de alguns atores econômicos que têm condição de operar em escala global. Refere-se às multinacionais que operam em escala global em tempo real porque a revolução das telecomunicações assim o permite. Daí advém a necessidade de revolucionar a forma de produzir, buscando o aperfeiçoamento na educação e novas tecnologias.

Paralelamente a essas tendências de mudanças e transformações, algo muito forte ocorre no mundo: a hegemonia da visão neoliberal. Trata-se de uma visão político-ideológica que promove o individualismo em detrimento da coletividade, menos ação do Estado nacional, menos políticas públicas e mais mercadorias (BACELAR, 2003).

Conforme a autora supracitada, com as privatizações das estatais, o Brasil além de perder o seu patrimônio, aumenta o endividamento imobiliário e o déficit público, ficando o país carente de políticas públicas porque faltam meios para patrocinar as políticas públicas. A sociedade então passa a exercer uma força para descentralizar o Estado desenvolvimentista para instaurar o estado transformador, ou seja, reformar o estado que só patrocinava o crescimento da economia, e abrir espaço para um estado que patrocine educação, saúde, segurança. Um estado com políticas sociais.

Analisando a dimensão processual das políticas públicas, a produção de políticas inicia-se com a identificação de um problema e a construção de uma agenda. Nesse sentido, a tomada de decisão não representa o ponto de partida das políticas públicas. Ela é precedida de ações e processos que constroem o campo e o tema dessa política. A construção da agenda representa o conjunto de problemas percebidos e que é capaz de estimular um debate público e a intervenção de autoridades políticas legítimas. Por fim destaca-se a importância dos empreendedores políticos (indivíduos, grupos, etc.) capazes de mobilizar um conjunto de recursos pertinentes e as atividades e ações públicas empreendidas para construir uma arena (FLEXOR; LEITE, 2006). Segundo estes autores a implementação dessa arena requer um processo pelo qual as decisões acomodam-se à realidade, ajustam-se ao campo de aplicação, se inscrevem nas rotinas dos agentes que implementam a política, consistindo em aplicar um programa de ação a um problema. Isso significa que existem perturbações e modificações entre os objetivos perseguidos e as ações efetivas.

Flexor e Leite (2006) trazem uma reflexão sobre políticas públicas, arenas decisórias e atores sociais para lembrar que o tratamento das políticas públicas requer para sua análise, alguma forma de abordagem que abarque suas diversas dimensões e diferenciações, permitindo contextualizar tais programas, bem como verificar sua capacidade de inserção e efetividade social, complementações e superposições entre estruturas governamentais, etc. Primeiramente é preciso deixar claro que o termo políticas públicas não se refere necessariamente às políticas do Estado, mas pode incluir outras ações igualmente públicas originárias de instituições não-governamentais, movimentos, etc.

Conforme esses autores, a experiência brasileira a partir da segunda metade dos anos 1980 tem sido rica na criação e operacionalização de diversas arenas atreladas a distintos programas. Estas arenas podem ser consultivas ou, ainda, deliberativas, e assumirem diferentes formatos: conselhos (municipais, regionais, estaduais, nacionais), comissões, grupos de discussão ou grupos executivos, câmaras (setoriais, técnicas, etc.). Um elemento importante na análise das arenas é a sua capacidade de congrega os atores diretamente envolvidos num determinado tema, mesclando representantes de organizações governamentais e da sociedade civil.

Dagnino et al. (2002) retoma a discussão sobre o processo de elaboração de políticas públicas e os modelos de análise enfatizando que a política é concebida no âmbito de um processo decisório pelos “tomadores de decisão” que pode ser democrático e participativo ou autoritário e “de gabinete”; de “baixo para cima” ou de “cima para baixo”; de tipo racional e planejado, ou incremental e mediante o ajuste mútuo entre os atores intervenientes; com ou sem manipulação e controle da agenda dos atores com maior poder; detalhadamente definida ou deixada propositadamente incompleta.

Depois de formulada, inicia-se a Implementação da política, mediante os órgãos e mecanismos existentes ou especialmente criados, pelos burocratas. Dependendo, sobretudo do grau de definição da política, eles exercem seu poder discricionário – variável principalmente segundo o nível em que se encontram na hierarquia – adaptando a política formulada à realidade da relação Estado - sociedade e das regras de formação do poder econômico e político que estas impõem ao jogo entre os atores sociais. Finalmente, ocorre a Avaliação da política, quando os resultados - entendidos como produtos e metas definidos e esperados num âmbito mais restrito - e impactos - entendidos como produtos sobre um contexto mais amplo e muitas vezes não esperados ou desejados – decorrentes de sua Implementação são comparados com o planejado (DAGNINO et al., 2002).

2.2 Repensando o passado para entender o presente: ganhos e desafios na contextualização histórica da política de saúde

As políticas de saúde retratam um longo caminho percorrido até chegar à atual conjuntura, percebendo muitos ganhos em meio a muitas transformações, como a Reforma Sanitária Brasileira (RSB) que teve início com a Constituição de 1988.

Como define Polignano (1997), para analisar a história das políticas de saúde no Brasil, algumas premissas importantes precisam ser definidas: 1- a evolução histórica das políticas de saúde está relacionada diretamente com a evolução político-social e econômica da sociedade brasileira, não sendo possível dissociá-las; 2- a lógica do processo evolutivo sempre obedece à ótica do avanço do capitalismo na sociedade brasileira, sofrendo a forte determinação do capitalismo em nível internacional; 3- a saúde nunca ocupou lugar central dentro da política do estado

brasileiro, sendo sempre deixada na periferia do sistema, tanto no que diz respeito à solução dos grandes problemas de saúde que afligem a população, quanto na destinação de recursos direcionados ao setor saúde.

O cenário histórico das políticas de saúde no Brasil no contexto republicano engloba algumas conjunturas: República velha (1889 – 1930); Era Vargas (1930 – 1945); Redemocratização (1946 – 1964); Autoritarismo (1964 – 1984); Nova República (1985 – 1988); Pós-constituente (1989 – 2002) (PAIM, 2003; IANNI, 1979).

Na República Velha (1889 até 1930), as características que marcaram esse período configuram um cenário de ações arbitrárias, embora decisórias no controle e erradicação de doenças graves como vacinação contra a varíola, a malária e a peste. Nessa época, o então presidente do Brasil, Rodrigues Alves nomeou Oswaldo Cruz, como diretor do Departamento Federal de Saúde Pública, que se propôs a erradicar a epidemia de febre amarela na cidade do Rio de Janeiro, lançando mão de um exército de 1.500 pessoas que se encarregavam de desempenhar atividades de desinfecção no combate ao mosquito, vetor da febre amarela (POLIGNANO, 1997).

Este modelo de intervenção ficou conhecido como campanhista, concebido dentro de uma visão militar que consistia no estilo repressivo de intervenção médica que usava da força e da autoridade como instrumentos preferenciais de ação, culminando no grande movimento popular conhecido como a revolta da vacina. Movimento desencadeado pela resistência da população às medidas de desinfecção aplicadas pelos “guardas sanitários” e mais especificamente pela instituição da vacinação anti-varíola, obrigatória para todo o território nacional, precisamente em 31 de outubro de 1904 (POLIGNANO, 1997).

Para Polignano os primeiros movimentos sociais organizados começam a surgir em função das péssimas condições de trabalho existentes e da falta de garantias de direitos trabalhistas. O movimento operário organizou e realizou duas greves gerais no país, uma em 1917 e outra em 1918, através das quais os operários começaram a conquistar alguns direitos sociais. Assim, em 24 de janeiro de 1923 foi aprovada pelo Congresso Nacional a Lei Eloi Chaves, marco inicial da previdência social no Brasil, organizando as Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAP's). Esta lei deveria ser aplicada somente ao operariado urbano; as caixas deveriam ser organizadas por empresas e não por categorias profissionais; a criação de uma CAP dependia do poder de mobilização e organização dos trabalhadores.

Nesse cenário, a partir de 1930 “As novas forças políticas, surgidas no âmbito do Estado brasileiro, após a derrota do poder oligárquico, estavam mais interessadas em defender novas soluções para os problemas da sociedade nacional” (IANNI, 1979, p.58).

Já no Estado Novo (1937 – 1945), começaram a ocorrer mudanças estruturais tanto no segmento político, quanto na previdência social com o Estado estendendo a todas as categorias do operariado urbano organizado, os benefícios da previdência, substituindo as antigas CAP's pelos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAP's). Estes institutos organizavam os trabalhadores por categoria profissional e não por empresa, como faziam as CAP's (POLIGNANO, 1997).

Nessa época, o governo não detinha um plano organizado para o controle e efetivação das ações políticas, administrativas, financeiras e sociais, então, “o governo foi respondendo aos problemas e dilemas conforme eles apareciam no seu horizonte político, por injunção de interesses e pressões” (IANNI, 1979, p.15).

Para atender às reivindicações da sociedade, o governo federal “criou comissões, conselhos, departamentos, institutos, companhias, fundações, formulou planos, promulgou leis e decretos” (IANNI, 1979, p.22), promovendo dessa forma, os debates sobre os problemas da esfera política governamental.

A criação do Ministério do Trabalho e dos institutos de Trabalhadores foi uma resposta às reivindicações dos movimentos dos grupos, no Estado Novo, marcadamente populista. Assim, o Estado respondia às pressões concentrando o poder de decisão e concedendo medidas distensivas como as aposentadorias e pensões. Quanto aos programas de saúde pública, estavam voltados para a criação de condições sanitárias mínimas de infra-estrutura, para suportar o contingente migratório, no entanto, estavam limitados pela opção política de gastos do Estado e pelo dispendioso modelo adotado – campanhista (BERTOLOZZI; GRECO, 1996).

Respondendo às reivindicações da classe trabalhadora, após a grande aceleração industrial e expansão de investimentos, o Estado instituiu o salário mínimo em 1º de maio de 1940, que estava limitado aos gastos para a sobrevivência. Ao lado da intensa inflação da época, a piora das condições de vida foi acentuada, refletindo diretamente nas demandas por saúde e assistência médica, o que levou os Institutos de Assistência Previdenciária (IAPs) a diferenciarem-se em suas estruturas para prestar serviços no âmbito da assistência médica (BERTOLOZZI; GRECO, 1996).

Segundo Polignano (1997), o Ministério da Educação e Saúde Pública foi criado em 1930, com a desintegração das atividades do Departamento Nacional de Saúde Pública que estava vinculado ao Ministério da Justiça, e a dissociação de ações de saúde para outros setores como o Ministério da Agricultura e o Ministério do Trabalho. Mesmo com a criação do Ministério da Saúde (MS) em 1953, o governo não mudou a sua postura em relação aos problemas de saúde pública existentes no país naquela época, limitando o MS a apenas um mero desmembramento do antigo MS e Educação.

Após a Segunda Grande Guerra, que durou de 1939 a 1945, a crise econômica e política foi agravada, culminando com a queda de Getúlio Vargas e conseqüente liberalização do regime político, caracterizado pelo aumento dos salários, reativação da legislação trabalhista, reforma partidária e as negociações para instalação de novo pacto social (BERTOLOZZI; GRECO, 1996).

No governo de Eurico Dutra, segundo Bertolozzi e Greco, ocorre nova intervenção dos partidos e sindicatos, e a política externa se consolida com uma forte aliança com os Estados Unidos da América. Embora a saúde fosse apresentada pelo presidente como uma de suas prioridades, com a elaboração do plano SALTE (saúde, alimentação, transporte e energia), ainda assim, ela não estava entre as prioridades da política de gastos do governo. Esse Plano, segundo Ianni (1979, p.91) “foi uma tentativa de coordenação dos gastos públicos, tomando por relativas a um período de cinco anos (1949-1953) [...], como não estava ajustado com a realidade, no ano de 1952, foi praticamente abandonado”.

Nos anos de 1945 e 1946, considerados “anos críticos”, as massas populares passam por um intenso processo de politização que vai culminar nas manifestações dessas massas nas ruas e praças públicas para interferir nos resultados das eleições estaduais e municipais. Aos poucos, os principais problemas do País passavam a interferir e a envolver os diversos segmentos sociais, particularmente as massas e o proletariado urbanos (IANNI, 1979).

Nos anos de 1951-1954 “as tensões sociais e políticas tornam-se cada vez mais acentuadas, num ambiente de intensos debates sobre as condições (inclusive políticas) do desenvolvimento econômico” (IANNI, 1979, p.101). Conforme este autor, essas discussões vão provocar uma transformação na política econômica brasileira, que vão desencadear o processo de industrialização.

Com o emprego de vultosos investimentos; “no plano político, ocorria um acirrado embate entre os “Nacionalistas” que combatiam o capital estrangeiro e os “Desenvolvimentistas” que defendiam a expansão industrial, mesmo que com capital estrangeiro. Por outro lado, no campo da saúde, o Congresso de Hospitais respondeu a essas demandas, instituindo os serviços médicos próprios das empresas. Encontrava-se aí uma nova configuração da prestação privada de serviços de saúde (medicina de grupo), responsável pela implementação das políticas neoliberais no âmbito do setor saúde na atualidade, prática reforçada pelas políticas de planejamento, através da compra de serviços pela previdência, usando como lema algumas palavras de ordem como a produtividade, o crescimento e a desburocratização da execução de atividades (BERTOLOZZI; GRECO, 1996).

No período de 1956 – 1960, o Brasil vivenciou um forte crescimento capitaneado pela indústria automobilística, integrante da política governamental sistematizada no Programa de Metas de Juscelino Kubitschek, que provocou uma ampla e profunda transformação na economia brasileira. A agenda de planejamento do Governo consistiu em quatro grandes empreendimentos: O Programa de Metas, a Superintendência do Desenvolvimento do Nordeste (SUDENE), a Operação Pan Americana (OPA) e Brasília (IANNI, 1979).

Em 1964 o Ministério do Trabalho interveio nos institutos de Aposentadorias e Pensões, suspendendo a participação dos representantes dos empregados e empregadores no desenvolvimento dos programas de saúde. Essas medidas levaram à criação do Instituto Nacional da Previdência Social (INPS), em 1967, o qual unificou todos os Institutos, concentrando recursos financeiros e ampliando a compra de serviços da rede privada (BERTOLOZZI; GRECO, 1996)

O modelo curativista de assistência à saúde se tornou ainda mais forte após a criação do Ministério da Previdência e Assistência Social, justificada pelas forças política e financeira que o antigo INPS ostentava na época. Para Bertolozzi e Greco, o período marcou o fim do milagre econômico cujos efeitos se faziam sentir no setor saúde através da crise no padrão de prestação de serviços da rede pública e da previdência social, além do privilégio dos produtores privados nos serviços de saúde.

Em decorrência do quadro epidemiológico da época, que mostrava a coexistência de doenças infecto-contagiosas e doenças crônico-degenerativas, além de enfermidades como doença de Chagas, esquistossomose e malária, dentre

outras, houve um aumento na demanda por consultas médicas ambulatoriais, sendo propostos programas com impacto político importante, como o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS). Esses programas estavam voltados teoricamente à atenção primária, focados na prevenção, com objetivo de eliminar as prováveis causas das enfermidades, tentando operar uma estrutura básica de saúde e saneamento (BERTOLOZZI; GRECO, 1996).

Em 1977 surge o Sistema Nacional de Previdência Social (SINPAS), com o objetivo de promover a reordenação do sistema de saúde; este congregava diversas entidades previdenciárias como o Instituto de Administração Financeira, que gerenciava o fundo de previdência de assistência social, e o INPS – a quem competiria a concessão de benefícios e outras prestações em dinheiro, além de programas assistenciais. Dessa forma:

No campo social, essas políticas – iniciadas em 1967 – compreenderam, entre outras, a unificação dos institutos previdenciários e a extensão dos benefícios e serviços aos trabalhadores rurais, domésticos e autônomos, por um lado. Mas, por outro, no âmbito da assistência médica e hospitalar, os serviços públicos continuaram insuficientes e restritos aos grandes centros urbanos, tudo o qual agravou a insatisfação popular. (LABRA, 2005, p. 359)

Devido à crise financeira no setor saúde, no início dos anos 80, apresenta-se a proposta do movimento sanitarista como forte reação às políticas de saúde implantadas, além de emergir como alternativa para a reformulação do sistema de saúde, com foco na introdução das disciplinas sociais na análise do processo saúde-doença (BERTOLOZZI; GRECO, 1996).

Todos esses fatores reunidos (políticos, econômicos e sociais), frente ao poder autoritário desencadearam o processo de mudança de atitudes na sociedade, orientando para a conscientização da população quanto às mudanças pelas quais o país necessitava passar. Nesse momento nasce no seio da sociedade brasileira “um cenário carregado de esperanças quanto à possibilidade de a cidadania plena tornar-se realidade, aí incluído o direito a participar da formulação de políticas públicas capazes de assegurar o acesso a uma assistência médica suficiente, equitativa e digna” (LABRA, 2005, p. 359).

Os movimentos sociais começam a se articular para uma nova fase do sistema de saúde, reforçando a criação de um sistema único de saúde para o Brasil, sendo apresentado pelo Centro Brasileiro de Estudos em Saúde (CEBES) em 1979

no primeiro Simpósio de Política Nacional de Saúde promovido pela Câmara dos Deputados, uma vez que:

A organização da classe operária do ABC, o movimento sanitário que articulou trabalhadores, acadêmicos, profissionais de saúde e setores populares, a mobilização nacional em torno das eleições “Diretas já” e a derrota autoritária no Colégio eleitoral que elegeu o presidente Tancredo Neves, constituíram um processo político que ampliou o espaço das forças democráticas, possibilitando a construção da proposta da reforma Sanitária Brasileira (PAIM, 2003, P. 592)

Na defesa pela democratização da saúde, os movimentos sociais proclamavam a proposta da Reforma Sanitária, que fora levada a debate na 8ª Conferência Nacional de Saúde, na qual foram identificados problemas do sistema de saúde, medidas para a sua solução e os princípios e diretrizes da reforma Sanitária, destacando-se os seguintes: 1- conceito ampliado de saúde; 2- reconhecimento da saúde como direito de todos e dever do estado; 3- criação do Sistema Único de Saúde (SUS); 4- participação popular (controle social); 5- constituição e ampliação do orçamento social (PAIM, 2003, P. 593).

Segundo Paim, enquanto se articulavam politicamente a instalação da Reforma Sanitária, o Ministério da Saúde recuava para a sua prática campanhista, o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) garantia a expansão das Ações Integradas de Saúde (AIS) para mais de 2000 municípios, sendo estas transformadas durante o processo constituinte do SUS, nos Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde (SUDS).

Nessa época, novos acordos foram firmados entre as três esferas de governo, federal, estadual e municipal, que usando o SUDS como estratégia ponte para a instalação do SUS, estabelecia estratégias organizativas para liberação de recursos que passa a ser feita com base na Programação Orçamentação Integrada (POI), além de superar a prática da compra de serviços no interior do setor público, foram criados os Conselhos Estaduais e Municipais de Saúde (PAIM, 2003).

Nesse contexto, “a 8ª Conferencia representou um avanço técnico e um pacto político, ao propor a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), tendo como diretrizes: a universalidade, a integralidade das ações e a participação social” (BERTOLOZZI; GRECO, 1996, p.13), isso possibilitou a ampliação do conceito de saúde, que passa de uma concepção de mudanças no estado físico do indivíduo, para um conceito mais elaborado, incluindo a saúde dentro de um contexto que o

envolve integralmente, desde a sua participação para elaboração e implementação das políticas de saúde.

Através da criação dos conselhos, o SUDS também favorecia a participação do cidadão para a efetivação da política pública de saúde, como afirma Paim:

O SUDS estimulava a participação da sociedade civil nos conselhos de saúde e ampliava a cobertura de serviços para todos os cidadãos, inclusive nos hospitais, laboratórios e clínicas contratadas pela previdência social. Somente nesse contexto o Estado Brasileiro possibilitou a criação de canais de participação do cidadão na formulação e acompanhamento das políticas de saúde, particularmente com a promulgação da constituição de 1988 que garantiu o direito à saúde (SUS). A incorporação dos princípios e diretrizes do movimento sanitário no capítulo da seguridade social da constituição de 1988, mediante emenda popular, representou a maior vitória da RSB (PAIM, 2003, p. 593-594).

Assim, conforme Bertolozzi e Greco (1996), o pensamento e a luta do movimento sanitário foram refletidos nos trabalhos de elaboração da nova constituição que teve um capítulo dedicado à saúde. Nesse momento, a instabilidade econômica com hiperinflação e crise fiscal do Estado se agrava e a Reforma Sanitária encontra sérias dificuldades para a sua implementação, devido o recolhimento dos movimentos sociais, a disseminação da ideologia neoliberal e a perda de poder aquisitivo dos trabalhadores de saúde levando ao surgimento de uma operação descrédito contra o SUS (PAIM, 2003).

Mesmo em meio aos contratemplos que ameaçavam o crescimento do novo sistema de saúde “recém-nascido”, os movimentos articulados para a Reforma Sanitária conquistaram junto ao Congresso Nacional a aprovação da Lei Orgânica de Saúde (Lei 8080/90). Esta lei estabelece as condições para a atenção primária, baseada na promoção, proteção e recuperação da saúde, bem como a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes. Posteriormente a Lei 8142/90 complementa a lei anterior com a regulamentação da participação da comunidade no SUS, com instâncias colegiadas como as Conferências e os Conselhos de Saúde nos três níveis de governo. Esta lei possibilitou também as transferências de recursos financeiros entre as instâncias intergovernamentais, além de exigir a formulação de planos e de fundos de saúde (PAIM, 2003).

Conforme este autor, após impeachment do presidente da República em 1992, uma nova conjuntura sanitária teve início permitindo retomar certos aspectos do projeto da Reforma Sanitária como a municipalização e a descentralização das

ações e serviços de saúde; fato reafirmado por Bertolozzi e Greco (1996) quando afirmam que na Nova República, desencadearam-se no setor saúde, diferentes medidas que tinham o objetivo de alterar as políticas que privilegiavam a atenção privatizante em detrimento das ações do setor público. Para estes autores, o processo de reforma sanitária levou o Ministério da Saúde a convocar a VIII Conferência Nacional de Saúde, colocando em evidência as questões de saúde a serem discutidas pelo coletivo, marcando contundentemente a história da saúde no Brasil, uma vez que definiu um Programa para a Reforma Sanitária.

Diante dos movimentos contrários ao avanço da implementação do SUS, o governo adiou a convocação da IX Conferência Nacional de Saúde e a regulamentação da Lei Orgânica de Saúde (Lei 8080/90), que teve a sua aprovação apenas após amplo processo de mobilização social. Assim, esta Lei sofreu várias alterações em decorrência dos vetos aplicados pelo governo, e após a complementação pela lei 8142/90 alguns desses vetos foram parcialmente recuperados (BERTOLOZZI; GRECO, 1996).

Dentre os nove vetos aplicados pelo presidente à Lei 8.080/90, destacam-se:

O que instituía as conferências e os conselhos de saúde como instâncias colegiadas e representativas para formular e propor estratégias, além de exercer controle sobre a execução das políticas de saúde; a não extinção dos escritórios regionais do INAMPS; a transferência da verba direta para os Estados e Municípios; a obrigatoriedade de planos de carreiras de cargos e salários para o SUS em cada esfera de governo e a fixação de pisos nacionais de salário (BERTOLOZZI; GRECO, 1996, p.14).

Nesse momento, o país se encontra entre duas correntes ideológicas bem distintas: por um lado, “a concepção neoliberal que advoga um estado mínimo, por outro, a concepção de um Estado democrático forte” (COHN, 1995 apud BERTOLOZZI; GRECO, 1996). Para a autora, estas duas vertentes de pensamento trazem em seu bojo, o mercado como principal agente regulador da ordem econômica, uma vez que, o neoliberalismo não admite o conceito de direitos sociais, mas impõe a mercantilização da força de trabalho e dos bens sociais; do outro lado está a formulação e implementação de políticas de ajuste estrutural e das desigualdades sociais.

Assim, o sistema de saúde brasileiro ingressou no novo milênio com desafios gigantescos, provocados pelos ditames da política neoliberal iniciada na década de 1990. Apesar dos avanços conquistados na formatação administrativa do Sistema

Único de Saúde (SUS), através das Normas Operacionais Básicas (NOB) instituídas, tais como a NOB 01/93 que reafirma a necessidade de descentralizar os recursos e a gestão da saúde, e a NOB 01/96 que consolida o pleno exercício do município na função de gestor. E apesar do grande número de agentes políticos interessados na sua preservação, esses avanços e conquistas correm sérios riscos de serem tragados pela contração de investimentos públicos e pela cisão irrecorrível do sistema de saúde (NORONHA; SOARES, 2001).

2.3 O Sistema Público de Saúde e a prática democrática da participação – a constituição dos conselhos

O Sistema Único de Saúde surgiu como conquista depois de um longo processo de acúmulo e de lutas que, desde os anos 70, vem envolvendo movimentos populares, trabalhadores em saúde, usuários, intelectuais, sindicalistas e militantes dos mais diversos movimentos sociais, que também se constituíram no mesmo período. Entre esses últimos, com importantes repercussões nas práticas de saúde, encontram-se o movimento feminista, a luta antimanicomial e o novo sindicalismo, além de inúmeras organizações não-governamentais, e outras entidades da sociedade civil que passaram a se destacar na luta pela democracia e por direitos de cidadania, como no caso dos portadores do HIV (GOUVÉIA; PALMA, 1999).

Esses mesmos autores referem que o SUS, diferentemente de outras políticas sociais, passou por um amplo processo de institucionalização, do qual participaram uma gama de interessados, dentre eles, técnicos da área, intelectuais e movimentos desencadeados em todo país. Em 1986, precedendo o Congresso Nacional Constituinte, ocorreu a 8ª Conferência Nacional de Saúde com ampla participação da sociedade civil organizada, oportunidade em que foi pactuada a maioria das propostas que viriam a ser inscritas na nova constituição, assim:

A saúde como direito de todos e dever do Estado, articulada às demais políticas sociais, dentro dos princípios de universalidade, equidade, integralidade, descentralização e controle social. Não se tratava mais de um seguro destinado ao mercado formal de trabalho, mas de um direito de cidadania, que se ampliava junto à criação da Seguridade Social. Por meio de leis orgânicas, institucionalizaram-se os Conselhos de Saúde e construíram-se as bases para o processo de municipalização (GOUVÉIA; PALMA, 1999, p.1).

Dessa forma, a Constituição de 1988 determina uma nova direção para as políticas sociais no Brasil, buscando cumprir os objetivos fundamentais da República, conforme o seu art. 3º, ao se estabelecer a garantia dos direitos sociais, uma nova forma de perceber a sociedade foi construída, buscando erradicar a pobreza e a marginalização, com redução das desigualdades sociais e regionais, sem preconceitos ou quaisquer formas de discriminação, baseada numa sociedade livre, justa e solidária (CASTRO, 2009).

Considerada como um marco das conquistas sociais da Constituição Federal de 1988, a seguridade social designa um conjunto de ações do Estado e da sociedade voltadas a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social [...] (SALVADOR, 2010). Embora alguns opositores a esse processo de intensas mudanças e novas conquistas se manifestem, como fez o presidente da Organização Pan Americana de Saúde (OPAS), George Aleyne, que propôs para o novo sistema de saúde do Brasil, apenas uma cesta básica de doenças e procedimentos, composta por vacinas, atenção primária e saneamento, além do fim da "gratuidade" dos serviços, infringindo assim, de uma só vez, quatro dos princípios constitucionais básicos do SUS: "contra a *universalidade*, uma política focalista; contra a *integralidade*, uma "cesta básica"; contra a *igualdade*, o favor e a porta do fundo de alguns hospitais; contra o controle público, as leis do mercado" [...] (GOUVÉIA; PALMA, 1999, p.1).

Do ponto de vista dos autores referenciados, a proposta neoliberal só reforça a importância do SUS como política social que caminha na contramão dos atuais processos ideológicos, políticos e econômicos de exclusão social.

Segundo Castro (2009), para garantir os direitos sociais, a Constituição combinou medidas para ampliar o acesso da população a determinados bens e serviços públicos como estabelece no art. 6º: educação, saúde, trabalho, lazer, segurança, previdência social, proteção à maternidade e à infância, assistência aos desamparados.

Esse processo de transformação, Segundo Noronha e Soares (2001), enfrenta dificuldades e resistências, pois, a inflexão desse projeto de proteção social se dá num contexto de profundas mudanças econômicas, sociais e institucionais, determinadas pelas chamadas "reformas estruturais" conduzidas por políticas de ajuste, que são chamadas de neoliberais, dada a sua matriz ideológica-política e o seu "receituário padrão" elaborado pelos organismos multilaterais de financiamento.

Essas reformas foram implementadas em todos os países da América Latina, com graves conseqüências sociais e econômicas cada dia mais visíveis, implicando retrocessos históricos nos processos constitutivos de uma cidadania ainda incompleta.

Nessa esfera de lutas, resistências e conquistas, a sociedade precisava defender os novos direitos conquistados na Constituição de 1988 e garantir a participação popular assegurada nas Leis Orgânicas 8.080 e 8.142, que na atualidade consolida-se na prática do controle social. Inicialmente, a participação se deu com as Comissões Interinstitucionais de Saúde (CIS), ainda no período autoritário, depois pela Plenária Nacional de Saúde, do período da Nova Constituição até 1997; por último, a Plenária Nacional de Conselhos de Saúde, em vigor até os dias atuais, sendo esta “a marca indelével da democracia participativa na construção do SUS” (BRASIL, 2006^a, p.8).

A participação da sociedade nos conselhos de saúde se constitui nas lutas para “transformar as desigualdades e iniquidades” (BRASIL, 2006^a, p.20). Dessa forma, “os conselhos de saúde formam uma correia de transmissão com a sociedade” (BRASIL^a, 2006, p.20), pois no momento em que são formalizados grupos que se organizam para reivindicar direitos e transformações sociais, surgem os interesses coletivos. Assim os conselhos representam a institucionalização da “democracia participativa” que é a “manifestação de poder popular, de segmentos excluídos pelo capitalismo em suas várias formas de dominação” (BRASIL, 2006^a, p.20).

As forças das pressões sociais fizeram com que os conselhos de saúde se tornassem constituídos de poder deliberativo dentro das agendas e das articulações para a implementação de políticas públicas de saúde. Assim, o controle social, além de tornar pública, democratizar e criticar a relação do Estado com os interesses dominantes é, paradoxalmente, uma instituição em movimento, promovendo o intercâmbio entre os movimentos sociais e a agenda do Estado (BRASIL, 2006^a).

Nesse contexto destaca-se a sociedade civil, definida por Nogueira (2003), como um espaço no qual são elaborados e viabilizados os projetos globais de sociedade, nos quais se articulam capacidades de direção ético-política, se disputa o poder e a dominação. Um espaço de invenção e organização de novos Estados e novas pessoas. Um espaço de luta, governo e contestação, no qual se formam vontades coletivas. Entendida como “conteúdo ético do Estado”, a sociedade civil

possibilita a articulação e a unificação dos interesses, a politização das ações e consciências, a superação de tendências corporativas ou concorrenciais, a organização de consensos e hegemonias.

Por outro lado, segundo Gohn (2004) as ações sociais coletivas de caráter sociopolítico e cultural viabilizam distintas formas da população se organizar e expressar suas demandas. Na ação, adotam diferentes estratégias, que variam da simples denúncia, passando pela pressão direta (mobilizações, marchas, concentrações, passeatas, distúrbios à ordem constituída, atos de desobediência civil, negociações etc.), até as pressões indiretas. Para a autora os movimentos sociais estão ajudando na construção de um novo padrão civilizatório, orientado para o ser humano e não para o mercado, como querem as políticas neoliberais de caráter excludente.

A participação cidadã está lastreada na universalização dos direitos sociais, na ampliação do conceito de cidadania concebida como intervenção social periódica e planejada, na formulação e implementação de uma política pública. Os movimentos sociais dos anos 70/80 contribuíram decisivamente, via demandas e pressões organizadas, para a conquista de vários direitos sociais novos, que foram inscritos em leis na nova Constituição brasileira de 1988. Segundo Ivo (2002), a Constituição de 1988 deu vida a uma nova consciência civil que superou os localismos das estruturas de poder político, os interesses parciais, reforçando uma conjunção entre povo e elites, objetivando uma nação que se constituísse e se articulasse entre sociedade e política.

A partir de 1990 apareceram novas formas de organização popular, mais institucionalizada, como os fóruns populares e movimentos organizados sociais, de parceria entre a sociedade civil organizada e o poder público, impulsionadas por políticas estatais. Na década de 1990 os Fóruns Nacionais de Luta pela Moradia, pela Reforma Urbana; Fórum Nacional de Participação Popular etc. exerciam influências diretas nos movimentos populares, no orçamento participativo, na política de Renda Mínima, Bolsa/escola dos indígenas, nas áreas de educação e da saúde e entre os ecologistas (GOHN, 2004).

Hoje, com a participação dos conselhos de saúde no exercício do controle social, muitas ações têm sido desenvolvidas e fiscalizadas pelos conselhos. Assim, dentre as ações do controle social estão aquelas voltadas à fiscalização da agenda governamental, dos fundos de participação financeira, avaliação das ações

desenvolvidas e das relações estabelecidas entre a sociedade e o poder gestor. Dessa forma, são descritas as seguintes ações do controle social:

Revela as agendas ocultas sob as licitações, contratos e propostas. Avalia o que vem sendo feito e olha para a construção do futuro ao direito e do direito ao futuro, ao sonho, para não se ficar prisioneiro do orçamento exigido pelo pagamento de juros e da dívida, nem prisioneiro do tempo das eficiências pragmáticas. O controle social possibilita que se olhe o processo histórico da correlação de forças e a saúde como questão disputada nas lutas sociais, da qual querem se apropriar os gestores, os burocratas, o capital financeiro, os planos de saúde, o capital de investimentos nos serviços de saúde (BRASIL, 2006^a, p.21).

As diversas formas de manifestações como os fóruns, as conferências, as plenárias, as reuniões, são exemplos de mobilizações dos movimentos sociais, através dos quais, as desigualdades sociais chegam até a agenda pública, possibilitando a criação de novas agendas sociais e consolidando os interesses coletivos. “Como exemplo dessa movimentação, a aprovação da Emenda Constitucional nº 29 (EC 29), de 13 de setembro de 2000, foi fruto de uma batalha de 10 anos para se ter uma política de estado no financiamento da saúde” (BRASIL, 2006^a, p.22).

2.4 Reforma Sanitária no Brasil – uma nova percepção de organização do sistema de saúde

O movimento sanitário tem o seu momento culminante com a realização da 8^a Conferência Nacional de Saúde, em 1986, contando com a presença de 5.000 (cinco mil) participantes, integrantes da sociedade civil organizada. Nessa época, a saúde, ainda tratada “de forma técnico-acadêmica, necessitava adquirir dimensão política e social, missão que só foi possível, graças à 8^a Conferência Nacional de Saúde, que projetou os anseios sociais para o centro dos interesses da sociedade, proporcionando a realização da Reforma Sanitária, favorecendo à sociedade, por meio dos conselhos, a sua participação na formulação e implementação das ações de saúde (BRASIL, 2006^a).

Como a 8^a Conferência Nacional foi o marco introdutório para que fosse desencadeado o movimento sanitário no Brasil, no que se refere à participação, resultaram desta Conferência, as seguintes diretrizes:

a afirmação do princípio da participação das entidades representativas na formulação da política e no planejamento, gestão, execução e avaliação das ações de saúde;
 a reformulação das Ações Integradas de Saúde, de modo a possibilitar amplo e eficaz controle da sociedade organizada nas instâncias de coordenação da época [...];
 a constituição de um novo Conselho Nacional de Saúde composto de representantes de: ministros da área social; governos estaduais e municipais; entidades civis de caráter nacional [...];
 a formação de conselhos de saúde nos níveis municipal, regional e estadual, cuja representação deveria incluir representantes eleitos pela comunidade (usuários e prestadores de serviços) e cuja atuação deveria abranger o planejamento, a execução e a fiscalização dos programas de saúde [...] (BRASIL, 2006^a, p.48).

Considerada tardia, a entrada do Brasil nesse processo, ainda assim, não fugiu à regra e as reformas vêm sendo perpetradas desde o início da década de 1990, sob o argumento de que a constituição de 1988 seria o empecilho ao processo de modernização e abertura do país. Assim, apenas na segunda metade dos anos 90 é que se completa o projeto mais acabado e neoliberal de reforma do Estado. (NORONHA; SOARES, 2001)

Segundo estes autores, as forças impostas pelo neoliberalismo em meados da década de 1990 levaram as políticas sociais e de saúde à perda de sua dimensão integradora, tanto no âmbito nacional como no âmbito regional, focalizado numa visão voltada para o local, onde este é privilegiado como o único espaço capaz de dar respostas mais eficientes de acordo às necessidades da população. Dessa forma, houve um retrocesso na maneira como se pensa responsabilizando as pessoas e as famílias por sua saúde e bem-estar. Assim, o Estado deixa de cumprir o seu papel ativo e determinante nas condições de vida da população, quando grandes parcelas da mesma estão na mais absoluta pobreza.

Nesse contexto, Draibe (2003) refere que a RSB pode ser considerada como a grande vitoriosa no ciclo das reformas, ganhando seus contornos definitivos com a criação do Sistema Único de Saúde apoiado no direito universal à saúde; levando-se em consideração que o SUS foi a mais resistente das políticas públicas sociais, apesar de ter passado muitas dificuldades, principalmente na década de 90 quando o “projeto” de abertura comercial estava em pleno processo de expansão. Para a autora, o amplo e heterogêneo leque de inovações incidiu sobre quase todas as dimensões do sistema de saúde, por meio de medidas agrupadas em seis eixos:

- 1 Financiamento, sistema de transferências e subsídios monetários [...].
- 2 Autonomização e descentralização da gestão e do gasto [...].
- 3 Diversificação do modelo de assistência e focalização das ações básicas à população carente [...].
- 4 Programas prioritários: Combate à Mortalidade Infantil e Saúde da Mulher.
- 5 Reorganização do aparato regulatório do Estado.
- 6 Modernização dos sistemas de regulação e controles (agências nacionais) (DRAIBE, 2003, p.81).

Este processo de reorganização dos serviços tem passado por uma ampla e dolorosa Reforma que resultou, conforme a descrição de Gouvêia e Palma (1999) em interessantes experiências em nível municipal, com forte impacto nos indicadores de saúde – não apenas pela vigorosa extensão de assistência médico-individual ocorrida em todo o país, mas também por nova qualidade nas ações voltadas ao coletivo-social. Tais experiências continuam a se espalhar por todo o país, ainda que em meio às dificuldades postas pela crônica falta de recursos e pela crise social que produz ainda mais doenças e aumenta em muito a demanda pelos serviços de saúde.

Dessa forma, insere-se a questão da municipalização, entendida como “um processo de descentralização da gestão pública na esfera do governo local, tendo como pressuposto o entendimento de que as políticas se concretizam nesta instância, em que está localizada a população a que devem atender” (BRASIL, 2006^a, p.26). Assim, “os conselhos se instituem como canais de democracia participativa dentro de relações de poder estabelecidas na ótica da descentralização” (BRASIL, 2006^a, p.23).

Por outro lado, Dorigueto e Debórtoli (2008) afirmam que o foco das estratégias de descentralização do sistema de Proteção Social é delegar aos municípios as competências sem os recursos correspondentes e/ou necessários. Os municípios, em grande número, estão administrativamente despreparados, além de assoberbados com a intensificação de demandas, contingência financeira e exigências impostas pela lei de responsabilidade fiscal que restringe os recursos disponíveis para os estados e municípios. Assim, para esses autores, o sucateamento da precária rede assistencial, a busca de inexistentes fontes alternativas de financiamento e a sub-remuneração dos profissionais de saúde, além da precariedade das relações trabalhistas são fatores decorrentes de uma política econômica financiada por agentes internacionais com ruptura das políticas sociais.

Nesse processo de descentralização da saúde no Brasil, diversos recursos são relacionados, não apenas os recursos econômicos, mas também os do poder são utilizados para viabilizar as ações de governo. Essas alternativas suscitam reflexões sobre poder e governo e sua relação com o processo de municipalização da saúde em curso no País, onde interagem distintos atores sociais, responsáveis pela implementação do SUS (MINAYO apud MENDONÇA, 2008).

De acordo Valla apud Mendonça (2008), o projeto de reforma do Estado aplica medidas de ajuste que ressaltam o aumento de pobreza e desemprego, e está longe de oferecer soluções. O reforço dado pelos meios de comunicação às medidas no processo de globalização, não deixa outra saída a não ser aceitar a exclusão social como um processo inevitável. A descentralização da saúde não é garantia de direitos conquistados, mas sim, a redução das responsabilidades do poder central.

Enfim, a RSB considerada por Teixeira (1995, p.39), como “um processo de transformação da norma legal e do aparelho institucional que regulamenta e se responsabiliza pela proteção à saúde dos cidadãos” [...]. A autora sinaliza as transformações ocorridas na área da saúde e para a mudança do poder político, agora em direção às camadas populares. Refere que um modelo teórico pronto não existe, mas sim uma teoria em construção, em outras palavras, o movimento de Reforma Sanitária é um contínuo em fase de implementação, por isso, afirma que não existe Reforma Sanitária, e sim, múltiplos processos que encontram pontos de convergência.

Dentro desse contexto de descentralização, vale ressaltar, que no município de Vitória da Conquista a maior estratégia da saúde foi assegurar a municipalização, com a configuração de um Sistema Municipal de Saúde, possibilitando que a gestão fosse assumida pelo município, e que este favorecesse “a implantação dos vários serviços e programas de atenção básica, especialmente os voltados para o atendimento das famílias populares e da zona rural” (SOLLA, 2010, p. 135).

Ainda, segundo Solla (2010), posteriormente essa gestão amplia o seu leque de atendimentos, estendendo para a atenção especializada e para uma nova conduta com a rede hospitalar (contratação de serviços). Muitas outras ações são desenvolvidas nas áreas de prevenção, epidemiologia e de vigilância à saúde. Assim, “o município amplia a capacidade instalada pública [...], efetiva mecanismos de regulação, controle, avaliação e auditoria” (SOLLA, 2010, p.135).

3 PERCURSO METODOLÓGICO

3.1 Conceitos da Abordagem Qualitativa

Buscando aproximar o conceito de pesquisa da realidade, Minayo (2007, p.47) afirma que pesquisa “é uma atividade de aproximação sucessiva da realidade, fazendo uma combinação particular entre teoria e dados, pensamento e ação; é a atividade básica das Ciências na sua indagação e construção da realidade”.

Partindo do pressuposto de que a pesquisa em saúde é uma pesquisa social, Minayo (2007, p.46) afirma que toda investigação que trata do fenômeno saúde/doença ou dos atores que têm como palco de atuação, o campo da saúde, é considerada como “pesquisa social em saúde”. Por outro lado “qualquer produção científica só pode ser reconhecida quando contém teoria, métodos e técnicas de abordagem”. Assim, Gil (1994, p.43) define “pesquisa social como o processo que, utilizando a metodologia científica, permite a obtenção de novos conhecimentos no campo da realidade social”.

Todas as investigações qualitativas possuem traços comuns, daí porque alguns autores dizem que as pesquisas qualitativas são uma “expressão genérica” (TRIVIÑOS, 2007, p.120), ou seja, possuem algumas características específicas e comuns:

(a) A pesquisa qualitativa tem o ambiente natural como fonte direta dos dados e o pesquisador como instrumento-chave [...]. (b) A pesquisa qualitativa é descritiva [...]. (c) Os pesquisadores qualitativos estão preocupados com o processo e não simplesmente com os resultados e o produto [...]. (d) Os pesquisadores qualitativos tendem a analisar seus dados indutivamente [...]. (e) O significado é a preocupação essencial na abordagem qualitativa [...] (BOGDAN apud TRIVIÑOS, 2007, p.128-130).

Em contrapartida, Minayo acrescenta outras características da pesquisa social que a distinguem de outras modalidades de investigação:

(a) o objeto das ciências sociais é histórico; (b) a sociedade e os indivíduos têm consciência histórica; (c) as Ciências Sociais trabalham no nível da identidade entre o sujeito e o objetivo da investigação; (d) ela é intrínseca e extrinsecamente ideológica; (e) o objeto das Ciências Sociais é essencialmente qualitativo (MINAYO, 2007, p.39-42).

3.2 O Método

Como a pesquisa social é essencialmente qualitativa, e o objeto desse estudo é além de histórico, uma representação das percepções e das opiniões daqueles que buscam na participação, uma forma de contribuir para transformar sonhos em realidades. Assim, o método de estudo é o qualitativo que tem fundamento teórico, além de permitir desvelar processos sociais ainda pouco conhecidos, propicia a construção de novos conceitos e categorias durante a investigação, segundo Minayo (2007).

Minayo (2007, p.57)) refere que “o método qualitativo é o que se aplica ao estudo da história, das relações, das representações, das crenças, das percepções e das opiniões” [...]. A autora evidencia a questão central desse estudo, uma vez que, serão abordadas as questões históricas de grupos representativos da sociedade civil de VCA no setor saúde.

Portanto, segundo Gil (1994, p.27) “O método é o caminho para se chegar a um determinado fim”, ou seja, o método é “o conjunto de procedimentos intelectuais e técnicos adotados para atingir o conhecimento”. Partindo desta premissa, este autor classifica os métodos em Gerais e Específicos: Os primeiros são aqueles que proporcionam a base lógica para a investigação; os outros indicam os procedimentos técnicos a serem adotados na investigação científica.

3.3 Local da Pesquisa

Como este estudo visa avaliar a contribuição dos conselhos de saúde na atenção básica do Município, os locais designados para realização desta pesquisa são o Conselho Municipal de Saúde e as UBS/USF da zona urbana, conforme parecer de autorização para realização da pesquisa (Anexo B) da Coordenação do Núcleo Municipal de Educação Permanente em Saúde.

O campo de estudo desta pesquisa está situado no município de Vitória da Conquista, por ser este o local de residência do pesquisador e possibilitar uma maior proximidade com o objeto de estudo, além de ser um município que tem uma história marcada por grandes conquistas na área da saúde.

Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), o município de VCA conta atualmente com uma população de 306.866 habitantes, com extensão

territorial de 3.406 Km² e 90,11% de ocupação urbana, situado na Região Sudoeste a 510 km da Capital do estado, cercado por um bioma de Caatinga e Mata Atlântica, localizado numa faixa de transição entre a zona da mata e o semi-árido (IBGE, 2010).

Margeado pela Rodovia Rio Bahia (BR) 116 é considerado como porta de entrada para outras cidades do Nordeste brasileiro; apresenta grandes variações climáticas durante as estações do ano, devido a sua altitude, com temperatura média anual em torno de dezoito graus centígrados (18^o C) (VITÓRIA DA CONQUISTA, 2009).

O desenvolvimento da cidade também é atestado pelos índices econômicos e sociais. O IDE – Índice de Desenvolvimento Econômico subiu do 11^o lugar no ranking baiano, em 1996, para o 9^o em 2000. O IDS – Índice de desenvolvimento Social deu um salto: subiu do 24^o para o 6^o lugar. O IDH – Índice de Desenvolvimento Humano também saltou do 30^o lugar em 1991 para 18^o em 2000. Dos 20 melhores IDH's baianos, Vitória da Conquista foi o que mais melhorou (IBGE, 2010).

O setor de saúde ganhou novas dimensões. Antigos hospitais foram aperfeiçoados, clínicas especializadas foram abertas e a Rede Municipal de Saúde se tornou, a partir de 1997, referência para todo o país. Esse fato criou condições para que toda a região pudesse se servir de atendimento médico-hospitalar compatível com o oferecido em grandes cidades (IBGE, 2010).

O perfil epidemiológico do Município pode ser traçado a partir dos índices de mortalidade por causas mal definidas (22,8%); doenças do aparelho circulatório (19,1%); causas externas (15,5%), neoplasias (10,1%) e afecções do período perinatal (8,6%). Na Atenção Básica, a diminuição nos índices dos indicadores de saúde, como mortalidade materna, mortalidade infantil, morbidade, nascidos vivos e morbidade hospitalar, refletem diretamente nos esforços da atuação desta assistência (VITÓRIA DA CONQUISTA, 2009).

A Atenção Básica tem a Saúde da Família como estratégia prioritária para sua organização de acordo com os preceitos do SUS; e como preconiza a Política de Atenção Básica, alguns fundamentos básicos são prioritários para operacionalização desta Lei: possibilitar o acesso universal e contínuo a serviços de saúde; integralidade de ações programáticas e demanda espontânea; articulação das ações da atenção primária (prevenção, promoção à saúde, vigilância, tratamento e

reabilitação); desenvolver relações de vínculo e responsabilização entre as equipes e a população adscrita; valorização profissional; avaliação e acompanhamento dos resultados alcançados; estimular a participação popular e o controle social (BRASIL, 2007^a). Assim, a Atenção Básica considera o sujeito em sua singularidade, na complexidade, na integralidade, na inserção sócio-cultural, na busca pela promoção de sua saúde, prevenção, tratamento de doenças e a redução de danos ou de sofrimentos que possam comprometer suas possibilidades de viver de modo saudável (BRASIL, 2007^a).

Para que esse processo seja operacionalizado, são definidas algumas áreas estratégicas de atuação em todo o território nacional tais como a eliminação da hanseníase, o controle da tuberculose, da hipertensão arterial e do diabetes Mellitus, a eliminação da desnutrição infantil, a saúde da criança, da mulher, do idoso e a saúde bucal e a promoção da saúde (BRASIL, 2007^a).

Para a cobertura de outras áreas, o processo de pactuação da atenção básica é realizado e firmado tomando como base o Pacto de Indicadores da Atenção Básica, tendo como objeto as metas anuais a serem alcançadas em relação a indicadores de saúde acordados. Além das áreas citadas, outras podem ser atendidas a depender de acordos realizados entre os gestores e definidas nas Comissões Intergestores Bipartites (CIBs), e seguindo regulamentação específica do Pacto de Gestão, possibilitando aos gestores acordar nas CIBs os indicadores estaduais de Atenção Básica a serem acompanhados em seus respectivos territórios (BRASIL, 2007^a).

Para atender ao que reza a Lei de Atenção Básica quanto à infra-estrutura e os recursos necessários, para realização das ações de atenção básica nos municípios, é necessário atender a alguns itens de suma importância e que caracterizam a existência do espaço físico e do capital humano para o funcionamento de uma unidade de saúde da Atenção Básica: Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde; equipe multiprofissional composta por médico, enfermeiro, cirurgião dentista, auxiliar de consultório dentário ou técnico em higiene dental, auxiliar de enfermagem ou técnico de enfermagem e agente comunitário de saúde; consultório médico, consultório odontológico e consultório de enfermagem; local para arquivos e registros; sala para cuidados básicos de enfermagem; sala de vacina e sanitários, além de equipamentos e outros materiais (BRASIL, 2007^a).

Para garantir o cumprimento dos princípios da Atenção Básica dentro do território pelo qual a UBS tem responsabilidade, é preciso seguir o parâmetro recomendado de até 30 mil habitantes para Unidade Básica de Saúde (UBS) sem Saúde da Família em grandes centros urbanos, e para UBS com Saúde da Família recomenda-se o parâmetro de uma UBS para até 12 mil habitantes (BRASIL, 2007^a).

Assim, o município de VCA conta atualmente com 37 CLS, sendo um Conselho por Unidade de Saúde Básica, deste total 21 são atuantes na zona urbana do município. A escolha das Unidades de Saúde para aplicação do instrumento de coleta de dados (observação participante) foi de acordo com a agenda de cada UBS para realização da reunião ordinária do Conselho Local.

O Conselho Municipal de Saúde que também é objeto de estudo desta pesquisa, enquanto espaço físico esteve localizado nas dependências da Secretaria Municipal de Saúde, durante o período de realização desta pesquisa. Composto de uma sala com estrutura mínima para realização de suas atividades administrativas e atendimento ao público, é assessorado por uma coordenadora de ações participativas, uma secretária e um auxiliar administrativo. Por não possuir um espaço adequado à realização das suas atividades, as reuniões acontecem sempre em locais diversos, cedidos pelas organizações responsáveis pelos mesmos como o auditório do sindicato dos bancários, câmara de vereadores, sala de capacitação profissional do Núcleo de Educação Permanente em Saúde, Casa da Cidadania etc.

3.4 Sujeitos da Pesquisa

“Na pesquisa qualitativa, todas as pessoas que participam da pesquisa são reconhecidas como sujeitos que elaboram conhecimentos e produzem práticas adequadas para intervir nos problemas que identificam” (CHIZZOTTI, 1998, p.83)

Os sujeitos deste estudo são pessoas com características comuns, embora com perfis diferenciados, inseridos em espaços instituídos e atuantes nestes ambientes, sendo participantes da vida socioeconômica de um município, é que se acredita que os mesmos tragam consigo o resultado de uma história organizacional marcada por desafios ao processo saúde/doença. São indivíduos integrantes do Conselho Municipal de Saúde, que têm em comum o prazer pela participação no controle das ações de saúde desenvolvidas no município.

O regimento Interno do CMS (Lei nº 1.722/2010) conceitua este como órgão colegiado, deliberativo e permanente do SUS no âmbito municipal, integrante da estrutura básica da SMS, que tem por competência, formular estratégias e controlar a execução da política de saúde do município, inclusive nos seus aspectos econômicos e financeiros; tem funções deliberativas, normativas, avaliativas e fiscalizadoras (VITÓRIA DA CONQUISTA, 2010).

Dentre as competências do CMS destacam-se, conforme o art. 3º do Regimento Interno, os seguintes incisos:

I – Implementar a mobilização e articulação contínua da sociedade, na defesa dos princípios constitucionais que fundamentam o SUS, para o controle social de saúde.

IV – 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, filantrópico e privado.

VI – 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.

XII – Aprovar a proposta orçamentária anual da saúde, tendo em vista as metas e prioridades estabelecidas na Lei de Diretrizes Orçamentárias (artigo 195, & 2º da Constituição Federal), observando o princípio do processo de planejamento e orçamentação ascendentes (artigo 36 da Lei nº 8.080/90).

XIV – Definir diretrizes e fiscalizar a movimentação e aplicação dos recursos financeiros do Sistema Único de Saúde, no âmbito municipal, oriundos das transferências do orçamento da União e da seguridade Social, do orçamento estadual, 15% do orçamento municipal, como decorrência do que dispõe o artigo 30, inciso VII, da Constituição Federal e a Emenda Constitucional Nº 29/2000 e outras que venham a surgir.

XVI – Fiscalizar e acompanhar o desenvolvimento das ações e dos serviços de saúde e encaminhar os indícios de denúncias aos respectivos órgãos, conforme legislação vigente.

XX – Estimular, apoiar e promover estudos e pesquisas sobre assuntos e temas na área de saúde, pertinentes ao desenvolvimento do Sistema Único de Saúde (SUS).

XXIII – apoiar e promover a educação para o controle social (VITÓRIA DA CONQUISTA, 2010, p.2-4).

O art. 4º do Regimento Interno reza que o Conselho Municipal de Saúde é composto por 24 (vinte e quatro) membros, sendo 12 (doze) conselheiros usuários de saúde, provenientes de entidades representativas, 06 (seis) conselheiros trabalhadores em saúde e 06 (seis) conselheiros representantes do governo e de prestadores de serviço em saúde da rede privada ou filantrópica. Todos os representantes do Conselho são nomeados por Decreto do chefe do Poder

Executivo, para o exercício de conselheiro sem remuneração, porém considera-se a sua atuação no Conselho como atividade de alta relevância social (VITÓRIA DA CONQUISTA, 2010).

A mesa diretora é composta de presidente e vice-presidente, eleitos diretamente pela plenária. Todos os conselheiros têm mandato de 2 (dois) anos, inclusive a mesa diretora, podendo ser reconduzidos por igual período a critério das suas respectivas representações (VITÓRIA DA CONQUISTA, 2010).

As reuniões ordinárias acontecem a cada 30 (trinta) dias e as extraordinárias, sempre que se fizer necessário. O CMS exerce suas atribuições mediante o funcionamento do Plenário, que além das comissões intersetoriais estabelecidas na Lei 8.080/90¹, instalará comissões internas exclusivas de conselheiros, de caráter temporário ou permanente, bem como outras comissões intersetoriais e grupos de trabalho para ações transitórias, podendo contar com integrantes não conselheiros.

Conforme Regimento Interno dos Conselhos Locais de Saúde (CLS), aprovado em 02 de abril de 2008, fica estabelecido em seu artigo 1º que o Conselho Local de Saúde é instância colegiada, autônoma de caráter permanente e deliberativo no âmbito local, com a finalidade de garantir a participação dos usuários e funcionários, juntamente com a administração, na gestão da saúde e controle das ações e serviços da unidade de saúde, em conformidade com as normas que regem o CMS. Em cada área de abrangência de uma ou mais UBS deve ser criado um CLS a partir da manifestação do interesse da comunidade (VITÓRIA DA CONQUISTA, 2008).

Em relação às atribuições dos CLS, o art. 2º do mesmo Regimento reza que os Conselhos Locais devem:

- I – Participar do planejamento, controle e avaliação das ações e serviços da unidade em que se encontrar inserido;

¹ Art. 1º - Esta Lei regula em todo território nacional, as ações e serviços de saúde, executados, isolada ou conjuntamente, em caráter permanente ou eventual, por pessoas naturais ou jurídicas de direito público ou privado.

Art. 12º - Serão criadas comissões intersetoriais de âmbito nacional, subordinadas ao Conselho Nacional de Saúde, integradas pelos ministérios e órgãos competentes e por entidades representativas da sociedade civil.

Parágrafo único – As comissões intersetoriais terão a finalidade de articular políticas e programas de interesse para a saúde, cuja execução envolva áreas não compreendidas no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS.

Art. 13º - A articulação das políticas e programas, a cargo das comissões intersetoriais, abrangerá, em especial, as seguintes atividades:

I – alimentação e nutrição; II – saneamento e meio ambiente; III – Vigilância Sanitária e farmacoepidemiologia; IV – recursos humanos; V – ciência e tecnologia; e VI – saúde do trabalhador (BRASIL, 1990)

- II – Conhecer a condição de saúde da população na região em que exercer influência à unidade de saúde a qual se integra;
- III – Discutir e inteirar-se sobre as questões relevantes nas áreas de saúde e afins;
- IV – Definir prioridades para implantar, traçar, implementar e aperfeiçoar PPLS – Planejamento e Programação Local em Saúde;
- V – Planejar e avaliar o atendimento aos usuários das Unidades Básicas de Saúde (UBS/USF);
- VI – discutir e propor a política de recursos humanos e materiais necessários ao funcionamento da unidade de Saúde;
- VII – Propor treinamento e capacitação para os funcionários da Unidade de Saúde;
- VIII – Monitorar o cumprimento das metas da PPI (Programação Pactuada Integrada);
- IX – Acompanhar a Implementação do Plano Municipal de Saúde, aprovado pelo Conselho Municipal de Saúde;
- X – Motivar a comunidade a participar na formação e capacitação de Conselheiros de Saúde (VITÓRIA DA CONQUISTA, 2008, p.1-2).

De acordo com a Lei 8.142/90, a composição do CLS será paritária obedecendo ao critério de 50% de representantes profissionais da saúde pertencentes às Unidades de Saúde e 50% de representantes usuários (Brasil, 1990). Assim, todos os Conselhos Locais contam com um número mínimo de 8 (oito) conselheiros e para cada conselheiro existe um suplente, sendo 4 (quatro) representantes do governo (trabalhadores de saúde) e 4 (quatro) representantes dos usuários (moradores da área de abrangência). O total de conselheiros titulares pertencentes às UBS da zona urbana é de 165 (cento e sessenta e cinco), conforme documento apresentado pelo CMS. O mandato dos conselheiros dos CLS também é de 2 (dois) anos, podendo ser reconduzidos mediante indicação de suas representações. Nas reuniões plenárias, os membros titulares têm direito a voz e voto, enquanto os suplentes têm direito apenas a voz (VITÓRIA DA CONQUISTA, 2008).

As reuniões dos CLS acontecem a cada 30 (trinta) dias conforme cronograma anual aprovado na última reunião ordinária, com local e horário estipulados e são abertas a todos os moradores locais que têm direito a voz. A mesa diretora do CLS é composta por: presidente, vice-presidente, 1º secretário e 2º secretário, eleitos entre seus membros, com mandato de dois anos. Os CLS contam com a assessoria da Assistência Básica, do Núcleo de Controle Social e do Conselho Municipal de Saúde (VITÓRIA DA CONQUISTA, 2008).

3.5 Amostra

Minayo (2007, p.197) “considera que uma amostra qualitativa ideal é a que reflete a totalidade das múltiplas dimensões do objeto de estudo”.

Como o objeto de estudo desta pesquisa são os conselhos de saúde, representados por usuários, funcionários e representantes de instituições públicas e ou privadas localizadas no Município, Minayo diz que para se definir uma amostra qualitativa alguns critérios devem ser considerados:

- (a) Investir em instrumentos que permitam compreensão de diferenciações internas e de homogeneidades; (b) assegurar que a escolha do lócus e do grupo de observação e informação contenha o conjunto das experiências e expressões que se pretende objetivar na pesquisa; (c) privilegiar os sujeitos sociais que detêm os atributos que o investigador quer conhecer; (d) definir claramente o grupo social mais relevante [...]; (e) dar atenção a todos os outros grupos que interagem com o do foco principal [...]; (f) trabalhar num processo de inclusão progressiva das descobertas do campo [...]; (g) nunca desprezar informações ímpares e não repetidas [...]; (h) considerar um número suficiente de interlocutores para permitir reincidência e complementaridade das informações; (i) certificar-se de que o quadro empírico da pesquisa esteja mapeado e compreendido; (j) sempre que possível prever uma triangulação de técnicas e até de métodos [...]. (MINAYO, 2007, p.197).

O tamanho da amostra deve seguir o critério de saturação, que é a compreensão do pesquisador de ter atingido “a lógica interna do grupo ou da coletividade em estudo”. No entanto, Minayo afirma que “o número de pessoas é menos importante do que o empenho de enxergar a questão sob várias perspectivas e pontos de vista” (MINAYO, 2007, p.197-198).

A amostra desse estudo é composta de 09 (nove) CLS, dos quais 58 conselheiros compareceram às reuniões no período de observação; e o CMS, do qual 13 conselheiros participaram da entrevista com questionário semi-estruturado.

3.6 Entrada no Campo da Pesquisa

“A entrada em campo deve prever os detalhes do primeiro impacto da pesquisa” (MINAYO, 2007, p.198), por isso, o pesquisador manteve contato prévio por telefone, com o presidente do CLS para confirmar a realização da reunião agendada para a data e horário estipulados conforme cronograma. Ao comparecer

às reuniões dos Conselhos Locais que aconteciam nas dependências das Unidades de Saúde (US); e no caso das reuniões do CMS, a primeira reunião aconteceu em uma sala do Núcleo de Educação Permanente em Saúde e a segunda reunião ocorreu no auditório do Núcleo de Defesa da Criança e do Adolescente. O pesquisador apresentava-se ao presidente do respectivo Conselho sempre munido de uma carta de apresentação (Anexos C e D), emitida pela Comissão Municipal de Ensino e Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde.

A aproximação das pessoas do local de estudo se deu em clima de entendimento mútuo e curiosidades por parte dos entrevistados que sempre demonstravam suas inquietações com relação ao tema e aos objetivos do estudo, por se tratar de um tema diretamente relacionado com as atribuições dos conselheiros, porém ainda pouco explorado no Município.

Após a apresentação da proposta e feitos os devidos esclarecimentos, foi entregue juntamente com o questionário² (Apêndice B), o termo de consentimento livre e esclarecido (Apêndice A), que depois de lido e aceitas as condições da pesquisa foi assinado pelo conselheiro entrevistado.

A pesquisa com aplicação do questionário, observação participante e levantamento de dados documentais no CMS aconteceu no período de setembro a dezembro de 2011, mantendo-se sempre contato com este último, para atualização das informações e ampliação dos dados coletados.

3.7 Instrumentos de Coleta de Dados

Tendo em vista a construção do conhecimento a partir de sua relação com o senso comum e científico, onde o jogo do empírico é baseado na experiência da vida cotidiana e o científico reflete de forma sistematizada os problemas que lhe são postos. Desta forma, as informações contidas nesta pesquisa foram obtidas a partir da observação participante, onde o pesquisador se coloca numa posição de observador/avaliador, na tentativa de coletar informações de como funciona a organização, como está estruturada e como os usuários participam do processo de construção e aplicação das ações desenvolvidas. Outra forma usada na coleta dos

² Visa a compreender o ponto de vista dos atores sociais previstos como sujeitos/objeto da investigação e contém poucas questões. Por vezes, num processo de pesquisa pode surgir a necessidade de elaboração de um questionário fechado para se captar aspectos gerais de um problema de investigação. (MINAYO, 2007, p.190)

dados foi a aplicação do questionário com perguntas fechadas e ou abertas. Por último, foi usada a análise documental, baseada em documentos do CMS, com objetivo de coletar informações sobre a participação e as conquistas alcançadas.

3.7.1 Observação Participante

Embora as observações tenham sido descritivas³, neste trabalho, busca-se observar aspectos da realidade dos participantes para caracterizar a política de saúde na Atenção Básica, destacando a participação da sociedade civil no processo de democratização da saúde. Assim, todas as observações feitas como comportamentos, crenças, hábitos, costumes, reivindicações, conversas informais, foram registradas no roteiro de observação (Apêndice C), denominado por Minayo como “DIÁRIO DE CAMPO” (MINAYO, 2007, p.194).

Chizzotti (1998) refere que “a observação direta ou participante é obtida por meio do contato direto do pesquisador com o fenômeno observado, para recolher as ações dos atores em seu contexto natural, a partir de sua perspectiva e seus pontos de vista”.

A abertura das reuniões é dada pelo presidente do conselho que apresenta a pauta do dia e solicita a leitura da ata anterior que era proferida pela secretária do conselho. A participação de usuários nas reuniões é sempre incrementada por diversas discussões especialmente quanto aos serviços prestados nas Unidades de Saúde.

3.7.2 O Formulário de Questões (Questionário)

O formulário de questões (Apêndice B) foi elaborado com vistas na coleta de informações que buscam resgatar a identidade e a construção dos conselhos de saúde, numa perspectiva de aproximação entre o pesquisador e os entrevistados que após assinarem o termo de consentimento (Apêndice A) preenchem ao questionário de perguntas abertas e ou fechadas, visando obter informações sobre o perfil sócio-cultural dos conselheiros, suas percepções e conhecimentos das políticas de saúde, bem como do processo de participação e controle social. Este

³ Denomina-se observação descritiva a que se realiza de forma totalmente livre, embora o investigador de campo deva estar sempre focado no que constitui seu objeto de estudo (MINAYO, 2007, p.194).

questionário foi validado após consulta a alguns profissionais enfermeiros que apontaram as fragilidades e os pontos fortes deste trabalho.

Assim Minayo refere que “o pré-teste em pesquisa qualitativa consiste na realização de entrevistas com alguns interlocutores-chave, o que contribui para tornar mais clara e precisa a lista de temas e aspectos a serem conversados durante o trabalho de campo” (MINAYO, 2007, p.192). Na oportunidade foi falado acerca dos objetivos deste estudo e da importância de serem os narradores de uma história, inseridos no contexto da atenção à saúde, sendo esclarecidos quanto à liberdade para responderem aos questionamentos, obedecendo ao rigor ético estabelecido entre o entrevistador e o entrevistado.

3.7.3 A Pesquisa Documental

A análise documental se deu de forma sistemática, obedecendo ao rigor cronológico dos acontecimentos, sendo registrados os fatos que marcaram a gestão participativa do sistema de saúde do município, compreendendo o processo de participação do conselho, bem como as conquistas alcançadas pelos usuários dos serviços de saúde da atenção básica. Entre os documentos analisados estão as atas das reuniões ordinárias e extraordinárias realizadas pelo CMS; os regimentos internos do CMS e dos CLS; o plano municipal de saúde, que traz em seu conteúdo, algumas características do município, o perfil epidemiológico e as ações propostas para o setor de saúde no quadriênio 2010-2013.

A análise dos documentos está representada como “um conjunto de operações visando representar o conteúdo de um documento sob uma forma diferente da original, a fim de facilitar, num estado ulterior, a sua consulta e referência” (BARDIN, 2011, p.51). Por isso estão apresentados em blocos temáticos, tabulados em quadros que permitem uma breve avaliação do tema em debate, sem, contudo, alterar o verdadeiro sentido dos relatos documentais. Assim, essa autora afirma que “o objetivo da análise documental é a representação condensada da informação para consulta e armazenamento” (BARDIN, 2011, p.52).

3.8 Aspectos Éticos

A pedido de ofício (Anexo A) emitido pela Coordenação do Programa de Mestrado em Políticas Públicas, Gestão do Conhecimento e Desenvolvimento Regional (PGDR), ao qual foi juntado Termo de compromisso (Anexo E) assinado pelo pesquisador e pela Prof^a Orientadora da pesquisa, o projeto foi submetido à avaliação da Comissão Municipal de Ensino e Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde, que após analisado teve parecer favorável para a realização da pesquisa no CMS e nos CLS das UBS da zona urbana (Anexo B).

A permissão para uso do campo foi obtida por meio de ofícios (Anexos C e D) emitidos pela Comissão Municipal de Educação e Pesquisa, para os locais da pesquisa (CMS e UBS/USF), localizados em diferentes endereços na cidade de Vitória da Conquista, apresentando os esclarecimentos necessários. Para garantir a participação dos conselheiros no levantamento de dados da pesquisa foi utilizado como documento o termo de consentimento livre e esclarecido (Apêndice A), que depois de lido, o entrevistando tinha a liberdade de escolher participar ou não.

Para a realização da pesquisa foi preservado o anonimato dos colaboradores em obediência à Resolução 196/96 (Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa em Seres Humanos) do Conselho Nacional de Saúde que tem como elementos básicos da bioética: a autonomia, não maleficência, justiça, veracidade e fidelidade.

Considerando que em pesquisas com seres humanos, os participantes devem ter suas identidades mantidas em sigilo, foram empregadas como forma de identificação desses sujeitos, a letra "S" acompanhada de um numeral que varia de 1 (um) a 13 (treze), ficando com a seguinte apresentação: S₁; S₂; S₃ ... S₁₃.

3.9 Análise dos Dados

As informações obtidas para análise nesta pesquisa foram confiadas ao investigador dentro de uma estruturação ética de confiabilidade, viabilidade e veracidade das informações construídas na busca do conhecimento de uma realidade existencial. Neste sentido, com o objetivo de conhecer e contextualizar os dados obtidos serão demonstradas as informações do conjunto dos entrevistados, por meio do questionário, primeiramente caracterizando os sujeitos da pesquisa com

posterior apresentação e discussão dos dados coletados. Ao longo das discussões serão apresentados relatos provenientes das observações do pesquisador e da análise dos documentos.

O método de tratamento aplicado para avaliação dos dados será a análise de conteúdo que consiste no “tratamento e análise de informações colhidas por meio de técnicas de coleta de dados, consubstanciados em um documento” (CHIZZOTTI, 1998, p.98). Na percepção deste autor, análise de conteúdo objetiva compreender o que o interlocutor quer expressar, ou seja, analisa o que está implícito e o que está explícito, seja na fala, na expressão gestual, nos comportamentos, etc., numa tentativa de reduzir o volume de informações obtidas. Para Minayo (2007, p. 303), “a análise de conteúdo diz respeito a técnicas de pesquisa que permitem tornar replicáveis e válidas inferências sobre dados de um determinado contexto”.

Bardin (2011, p.48), que norteia esta abordagem de tratamento dos dados qualitativos da pesquisa, refere que “a análise de conteúdo é um conjunto de técnicas de análise de comunicação visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos [...], indicadores que permitam a inferência de conhecimentos [...]”. Na verdade, essa técnica baseia-se na inferência de conhecimentos sobre as comunicações elaboradas na pesquisa de campo, nos relatos proferidos pelo entrevistando, na linguagem usada, na forma como se comporta, ou reproduz o ambiente onde se situa.

Assim, este conceito permite avançar na análise dos dados, possibilitando levantar temas relacionados aos conteúdos abordados nos instrumentos de coleta de dados, buscando aproximar as informações, dos objetivos desse estudo e responder ao problema proposto. Portanto, todo material qualitativo, visto nessa ótica “possui a mesma lógica das metodologias quantitativas, uma vez que busca a interpretação cifrada do material qualitativo” (MINAYO, 2007 p.304).

Para atingir o sentido mais profundo do material analisado, é necessário o desenvolvimento de uma racionalidade crítica para interpretar as diversas faces da comunicação (MINAYO, 2007). Assim, está sendo posta como modalidade de análise de conteúdo, a Análise Temática proposta por Minayo (2007, p.315): “A noção de tema está ligada a uma afirmação a respeito de determinado assunto. Ela comporta um feixe de relações e pode ser graficamente apresentada através de uma palavra, de uma frase, de um resumo”.

Com base neste enunciado, foram realizados recortes das opiniões dos interlocutores nas questões propostas no questionário, nas falas dos conselheiros, nas observações de campo e nas análises dos documentos examinados, buscando contextualizar os fragmentos das falas com os objetivos desse estudo.

São três etapas sugeridas por Minayo (2007), nas quais a análise temática está inserida para atender à demanda do conteúdo em análise: pré-análise; exploração do material; tratamento dos resultados obtidos e interpretação.

Inicialmente se processa a escolha do material a ser examinado com vistas na associação deste com os objetivos da pesquisa. Esta etapa inicial é dividida em outras três fases que consiste em leitura flutuante focada no exame exaustivo e detalhado do material coletado até que o pesquisador consiga apreender e internalizar as diversas faces da comunicação; constituição do corpus com base na estruturação do objeto pesquisado, com respaldo para a sua validação quanto aos aspectos da “exaustividade, representatividade, homogeneidade e pertinência”; formulação e reformulação de hipóteses e objetivos que consiste na retomada aos questionamentos iniciais, às supostas motivações que teoricamente impulsionam o pesquisador a buscar as respostas científicas para o seu problema (MINAYO, 2007, p.316-317).

Na etapa de exploração, o investigador tenta classificar os diversos temas abordados, em um grupo comum de compreensão. Então são elaboradas as categorias que segundo a autora supracitada são expressões, palavras ou fragmentos representativos em função das quais o conteúdo de uma fala será organizado.

Na terceira etapa que se refere à forma como são interpretados os resultados da investigação, levando em consideração a forma como estes são apresentados visando facilitar a compreensão do todo. Conforme Minayo (2007), após submeter os resultados brutos a operações estatísticas simples como porcentagens, é possível ao pesquisador fazer algumas inferências e novas interpretações. Porém, com relação à análise documental, Bardin (2011, p.51) refere que: “Enquanto tratamento da informação, contida nos documentos acumulados, a análise documental tem por objetivo dar forma conveniente e representar de outro modo essa informação, por intermédio de procedimentos de transformação”, mas não permite a função de inferência, limitando-se “à análise categorial ou temática”.

4 Resultados e discussões

4.1 Análise do perfil participativo do Conselho Municipal de Saúde

Inicialmente foi realizada uma abordagem sócio demográfica dos sujeitos participantes da pesquisa, seguida de breves análises qualitativas, com dados empíricos baseados no levantamento feito com o instrumento de coleta de dados, o questionário, através do qual, os sujeitos puderam expressar suas opiniões com respostas a perguntas fechadas e ou abertas.

Esse instrumento facilitou a coleta de informações que possibilitaram traçar o perfil dos participantes, suas percepções, seus anseios e suas contradições, até chegar o momento de analisar as expectativas dos conselheiros sobre a elaboração de uma Agenda Comum a todos os conselhos em âmbito nacional. Esta questão levanta várias discussões, até mesmo por não se tratar de uma temática discutida no Conselho, apesar de ser uma proposta de fortalecimento do Controle Social que já vinha sendo colocada pelo Ministério da Saúde desde 2006.

Dessa forma, foi feita uma abordagem sucinta com a finalidade de conhecer os sujeitos do estudo, suas práticas enquanto conselheiros e usuários do SUS, seus conhecimentos e os seus relacionamentos com os diversos atores sociais. No segundo momento da análise desse instrumento será abordada a questão das mudanças nos indicadores de saúde da Atenção Básica a partir da inserção do CMS. Ainda serão avaliadas as questões dos principais ganhos da Atenção Básica na percepção dos conselheiros e o conhecimento sobre o repasse dos recursos financeiros. Por último serão analisados os comentários propostos pelos entrevistados, sobre as expectativas com relação à Agenda Comum.

Quadro 01 - Caracterização sóciodemográfica dos Conselheiros do Conselho Municipal de Saúde de Vitória da Conquista, 2011.

Variável	Categoria	n	%
Gênero	Masculino	6	46
	Feminino	7	54
Estado civil	Solteiro	6	46
	Casado	7	54
Escolaridade	Fundamental	1	7,7
	Médio	3	23,1
	Superior	9	69,2
Situação Funcional	Enfermeiro	5	38,5
	Médico	1	7,7
	Cirurgião Dentista	1	7,7
	Assistente Social	1	7,7
	Gerente Administrativo	1	7,7
	ACS	2	15,4
	Religioso	1	7,7
Idade	Empresário	1	7,7
	31 - 40	5	38,5
	41 - 50	4	30,8
	51 - 60	3	23,1
	> 60	1	7,7

Fonte: Dados coletados da pesquisa 2011.

Com relação ao critério de gênero, dentre os conselheiros entrevistados, 46% são do sexo masculino e 54% do sexo feminino, os mesmos percentuais valem para o estado civil dos sujeitos pesquisados, sendo 46% solteiros e 54% casados. Quanto à escolaridade, a grande maioria, 69,2% refere possuir nível superior, 23,1% têm nível médio e apenas 7,7% com ensino fundamental.

No que se refere à situação funcional, 38,5% são enfermeiros, 15,4% são ACS e 7,7% representam as demais categorias individualmente, o que equivale a apenas um representante de cada categoria funcional.

O intervalo de idade mais representativo entre os indivíduos entrevistados está na faixa etária de 31-40 anos, com um percentual de 38,5%, em seguida está o intervalo entre 41-60 anos com 30,8%. Trata-se de intervalos de faixas etárias que fazem supor que “a pessoa já passou por uma trajetória de experiências profissional e ou política e ou acadêmica” (BRASIL, 2007^b, p.23).

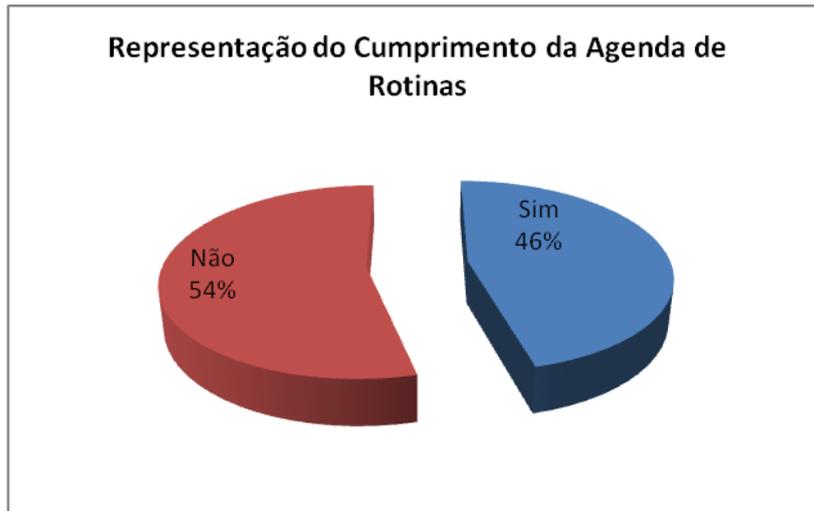


Gráfico 01

Fonte: Dados coletados da pesquisa (2011)

Nos depoimentos retirados das entrevistas no que se refere ao questionamento sobre a existência de uma rotina de trabalho dos conselheiros que integram o Conselho Municipal de Saúde de Vitória da Conquista, pode-se inferir que todos os seus integrantes possuem uma agenda de rotinas, por se tratar de pessoas que representam órgãos públicos, empresas públicas e ou privadas, representantes de usuários, que mesmo sinalizando em sua maioria que o Conselho não dispõe de uma agenda, devem ser atentados para o cumprimento da mesma, de onde emergiram as seguintes respostas: que cumprem a agenda de rotinas seis (6) e que não cumprem sete (7), como mostra o gráfico 01.

Dentre os que afirmaram realizar a agenda de rotina aparecem os seguintes depoimentos:

Visitas de fiscalização, acompanhamento no controle da pesquisa (S₁).

Conselho Local de Saúde e Conselho Municipal de Saúde (S₅).

Combate a Dengue (S₁₀).

Comparecer as reuniões (S₈).

Reunião mensal, reuniões extraordinárias, sala de espera, levantamento de demandas da comunidade (S₉)

Os conselheiros que referem cumprir uma agenda de rotinas, afirmam participar de visitas periódicas aos diversos setores da área da saúde no Município como, hospitais, clínicas, laboratórios, e outros. Além de atuarem na fiscalização do trabalho desempenhado, elaboram propostas de intervenção para aqueles setores

que apresentam deficiências, buscando sempre, melhorar as condições de trabalho, de atendimento ao público e o nível de satisfação do usuário nos serviços públicos de saúde do Município.

A participação dos conselheiros vai além da contribuição fiscalizadora e busca atender as demandas dos conselhos locais quando solicitam a participação do Conselho Municipal para determinada intervenção. Alguns são envolvidos diretamente nas ações propostas como as de combate a dengue, a hanseníase, ações de promoção da saúde e prevenção de doenças. Assim, a contribuição desses conselheiros é imprescindível para o efetivo exercício no combate e no controle de muitas doenças, ou mesmo na articulação com os usuários em geral.

Por outro lado, alguns referem participar das reuniões mensais, reuniões extraordinárias e ou reuniões administrativas quando são convocados para as mesmas pela mesa diretora para resolução de demandas apresentadas pela comunidade. Embora o Conselho Municipal ainda não disponha de local específico para as suas reuniões e para resolução de problemas administrativos, ainda assim é possível verificar disposição e contentamento em participar de um Conselho que carrega consigo o histórico de uma representação responsável pela redemocratização da saúde no Município

Dessa forma, Stralen et al. (2006, p.9) afirma que “o apoio administrativo e a infra-estrutura física dos conselhos não apenas dizem respeito às suas condições de funcionamento, mas também são indicadores do apoio político do gestor do SUS ao controle social e à gestão participativa”.



Gráfico 02

Fonte: Dados coletados da pesquisa (2011)

No tocante ao relacionamento entre os conselheiros verifica-se nos seus depoimentos que 30,8% dos conselheiros se dizem contemplados⁴ em relação ao SUS, por se tratar de pessoas que têm um histórico enraizado com esta política de saúde, enquanto usuários, profissionais da rede pública e participantes do processo de construção desta política. Destes, cerca de 23% referem não satisfeitos⁵ ou satisfeitos com o SUS, pois se encontram desanimados em virtude das dificuldades enfrentadas no serviço público. Para uma melhor visualização dos valores atribuídos pelos conselheiros, os dados referentes estão representados no gráfico 02.

Dessa forma, a satisfação do conselheiro está vinculada ao estímulo recebido da gestão pública, enquanto promotora do fortalecimento da mobilização social e da participação cidadã “nos diversos setores organizados da sociedade, com a aplicação dos meios legais disponíveis, visando efetivar e fortalecer o Controle Social na formulação, regulação e execução das políticas públicas” (BRASIL, 2004, p.67). Neste contexto, algumas propostas merecem destaque para consolidar e fortalecer o controle social:

Realizar um amplo trabalho de comunicação social sob a responsabilidade dos conselhos e dos gestores de saúde das três esferas de governo, usando diversos meios de comunicação, visando informar a população sobre o seu papel e importância na legitimação das políticas de saúde e do SUS, sua composição e cronograma de reuniões.

Promover articulação permanente entre os conselhos de Saúde e o Ministério Público, nas três esferas de governo. Os conselhos devem pressionar o Ministério Público para que o órgão seja mais atuante no que tange ao cumprimento das determinações da Emenda Constitucional 29; à qualidade do atendimento oferecido pelo SUS; ao cumprimento por parte dos gestores da determinação de obrigatoriedade de apresentação pública de planos de aplicação e prestações de contas; à divulgação de informações referentes aos serviços oferecidos e aos recursos financeiros do SUS.

Promover a criação de fóruns de acompanhamento das deliberações das conferências de saúde: i. de avaliação do desempenho do SUS; ii. de trabalhadores e profissionais do SUS; iii. de discussão sobre a gestão do trabalho; iv. intersetorial de integração das políticas sociais; v. de discussão da assistência farmacêutica e de outras temáticas relevantes para o sucesso do SUS (BRASIL, 2004, p.67-75).

Como sugere Stralen et al. (2006), a cerca da participação e do controle social, considera esse processo como uma mobilização que tomou forma a partir

⁴ Dar algo a, como prêmio ou por consideração (XIMENES, 2000).

⁵ Corresponder às expectativas de. Corresponder ao que se deseja (XIMENES, 2000).

das “demandas formuladas por sanitaristas e diversos movimentos sociais” (STRALEN et al., 2006, p.10). Dessa forma os conselhos inicialmente tinham o papel “de se tornar um espaço de negociação e discussão entre grupos de interesse, com a promessa de tornar as políticas de saúde mais responsivas aos interesses dos usuários” (STRALEN et al., 2006, p.10).

Quadro 02 - Competências dos conselhos*

Categoria	n	%
Gestão de atendimentos	3	23,1
Controle social e participação cidadã	12	92,3
Conciliação entre as partes	0	0
Gestão de novas propostas/sugestões	2	15,4
Outras	1	7,7

Fonte: Dados coletados da pesquisa (2011)

*Resposta múltipla

Em relação às competências dos conselheiros foi facultado marcar mais de uma alternativa no questionário aplicado a estes, o que evidencia um número superior de opiniões aos referidos sujeitos da pesquisa. Quanto às opiniões relatadas ficou evidenciado que a grande maioria dos conselheiros sinalizou como sendo de sua competência o Controle Social e Participação Cidadã com 92,3%, em seguida está a gestão de atendimentos com 23,1% e a gestão de novas propostas/sugestões com 15,4%, o que deixa claro, que os conselheiros têm nítido esclarecimento de sua função e compreendem o papel do conselheiro como participante do processo de construção da cidadania .

Também em seus comentários foram proferidos pelos conselheiros a questão da fiscalização das contas municipais e do funcionamento dos serviços, como refere o depoimento de um conselheiro a seguir:

Fiscalização de contas municipais referentes à saúde, fiscalização do funcionamento dos serviços de saúde (S₁₁).

Dessa forma, Stralen et al. (2006, p.2) enfatiza que os conselhos de saúde de forma geral “atuam na formulação de estratégias e no controle de execução da política de saúde na instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros”.

Quadro 03 - Melhoras nos principais indicadores de saúde da atenção básica do município*

Variável	Categoria	n	%
Óbitos absolutos em menores de um ano	Número absoluto de óbitos em menores de um ano de idade	4	30,8
Mortalidade infantil	Taxa de mortalidade infantil	3	23,1
Nascidos vivos de baixo peso	Proporção de nascidos vivos com baixo peso ao nascer	3	23,1
Óbitos por causas mal definidas	Proporção de óbitos em menores de um ano de idade por causas mal definidas	2	15,4
Internação por infecção respiratória	Taxa de internação por infecção respiratória aguda em menores de cinco anos de idade.	0	0
Cobertura vacinal	Homogeneidade da cobertura por tetra valente em menores de um ano de idade.	2	15,4
Mortalidade materna	Taxa de mortalidade materna	3	23,1
Nascidos vivos acompanhados de pré-natal	Proporção de nascidos vivos de mães com quatro ou mais consultas de pré-natal	4	30,8
Óbitos de mulheres jovens	Proporção de óbitos de mulheres em idade fértil	0	0
Citopatologia cérvico-vaginal	Razão entre exames citopatológicos cérvico-vaginais em mulheres de 25 a 59 anos e a população feminina nesta faixa etária	2	15,4
Acidente vascular cerebral (AVC)	Taxa de internação por acidente vascular cerebral (AVC)	1	7,7
Doenças cérebro-vasculares e mortalidade	Taxa de mortalidade por doenças cérebro-vasculares	0	0
Coma diabético e cetoacidose	Taxa de internação por cetoacidose e coma diabético	1	7,7
Tuberculose e abandono do tratamento	Proporção de abandono do tratamento de tuberculose	2	15,4
Hanseníase e abandono do tratamento	Proporção de abandono de tratamento de hanseníase	2	15,4
Detecção da hanseníase	Taxa de detecção de casos de hanseníase	1	7,7
Primeira consulta odontológica	Cobertura de primeira consulta odontológica	2	15,4
Procedimentos odontológicos em crianças	Razão entre os procedimentos odontológicos coletivos e a população de 0 a 14 anos	2	15,4
Cobertura do PSF	Proporção da população coberta pelo PSF	5	38,5
Consultas médicas	Média anual de consultas médicas nas especialidades básicas por habitante	5	38,5
Não tem conhecimento		4	30,8
Não respondeu		2	15,4

Fonte: Dados da pesquisa (2011)

*Resposta múltipla

Embora fosse facultada aos conselheiros a liberdade de escolha dos indicadores para os quais se subentendia que os mesmos tivessem conhecimentos

sobre a realidade vivenciada na atenção básica do Município, alguns referiram não ter conhecimento dos indicadores, ou que o Conselho não exercia influência sobre os indicadores apresentados, assim, alguns comentários podem elucidar o posicionamento dos conselheiros:

Não sei exatamente dizer até que ponto houve intervenção do conselho nesses indicadores (S₉).

Desconheço forma possível de avaliar o impacto do conselho nos indicadores (S₇).

O conselho não tem participação ativa nesses indicadores (S₁₂).

O conselho não teve participação nas ações acima, ele acompanha os trabalhos (S₈).

Para melhor demonstrar os indicadores que tiveram maiores sinalizações dos conselheiros como sendo aqueles que apresentaram ganhos significativos na atenção básica após a atuação do Conselho, o gráfico 03 apresenta as variáveis do quadro 03, que obtiveram maiores percentuais.

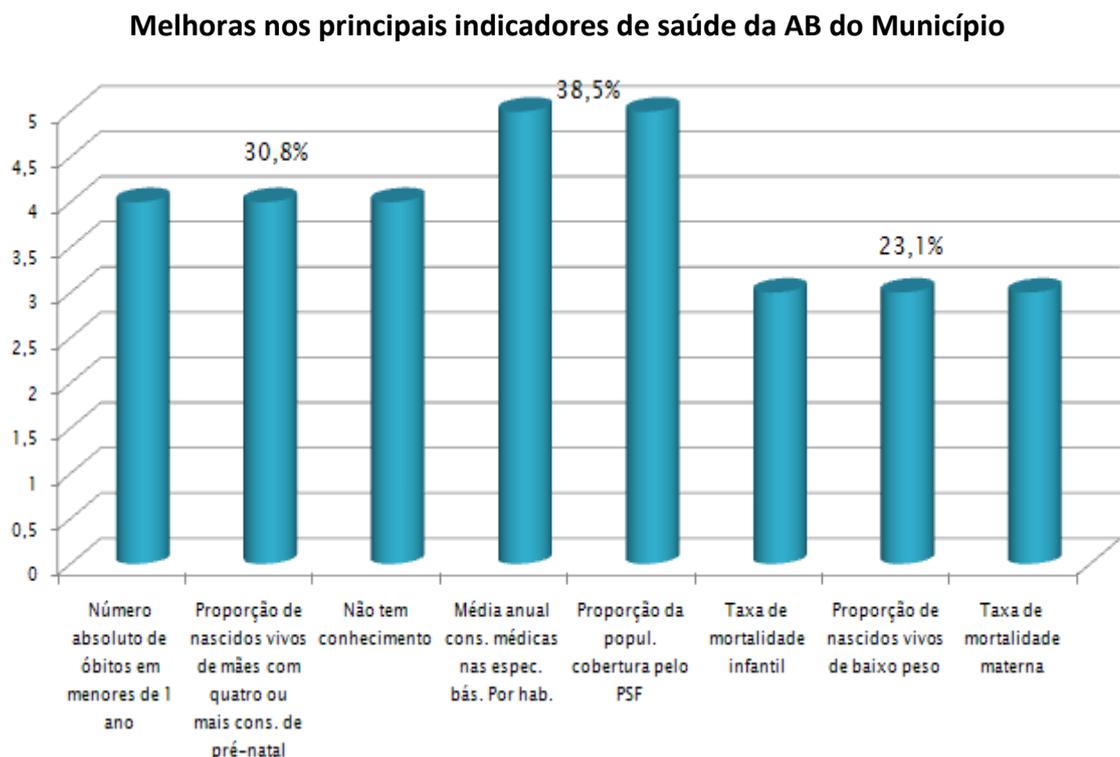


Gráfico 03

Fonte: Dados coletados da pesquisa (2011)

O quadro 04 representa de forma resumida, os valores das categorias que apresentam os percentuais mais elevados do quadro 03. Dessa forma, são expressos os indicadores categoriais do Pacto de Atenção Básica 2006, com abordagem dos valores já registrados no DATASUS/MS, no período de 2000 a 2005. Salienta-se que este período foi o único constante no banco de dados do referido sistema, não sendo possível obter informações mais atuais dos indicadores analisados.

Quadro 04 – Melhoras nos principais indicadores de saúde da AB do Município – comparativo Datasus

INDICADORES	PERÍODO					
	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Taxa de mortalidade infantil	26,59	23,94	24,54	21,07	22,25	22,06
Proporção de nascidos vivos com baixo peso ao nascer	7,22	7,53	8,27	8,76	8,62	8,00
Taxa de mortalidade materna	86,33	97,88	69,61	102,76	87,25	99,04
Número absoluto de óbitos em menores de um ano de idade	308	269	282	246	255	245
Proporção de nascidos vivos de mães com quatro ou mais consultas de pré-natal	66,92	68,86	66,75	70,32	77,24	78,68
Proporção da população coberta pelo PSF	20,96	27,77	32,15	36,00	42,73	50,34
Média anual de consultas médicas nas especialidades básicas por habitante	0,69	0,87	0,92	0,82	0,88	0,72

Fonte: Datasus/Ministério da Saúde

Os indicadores que representam a taxa de mortalidade infantil; proporção de nascidos vivos com baixo peso e mortalidade materna são indicadores essenciais para medir o nível de assistência da AB, uma vez que, estes são alguns indicadores trabalhados como metas nas UBS para o alcance e legitimação da Estratégia Saúde da Família. Portanto, os dados comparados com o Datasus, apresentam uma ligeira queda para a taxa de mortalidade infantil e um crescimento para a proporção de nascidos vivos com baixo peso ao nascer. A razão de mortalidade materna aparece também com acentuado crescimento, embora sofra algumas oscilações no período, contudo, não se pode negar que este fato está intrinsecamente relacionado com a qualidade dos serviços prestados à população e que os números de óbitos maternos ainda são assustadores e vergonhosos.

Os dados apresentados pelo Datasus para o indicador nº absoluto de óbitos em menores de um ano de idade, houve uma variação no período analisado, com

ligeiras oscilações, porém os dados demonstram uma queda nos valores absolutos de 308 (trezentos e oito) óbitos no ano de 2000, para 245 (duzentos e quarenta e cinco) óbitos no ano de 2005.

A proporção de nascidos vivos de mães com mais de quatro consultas de pré-natal obteve um acentuado crescimento com variação na proporção de 66,92 no início do período, para 78,68 no final.

O indicador de proporção da população coberta pelo PSF, assim como a média anual de consultas médicas que aparecem na pesquisa com 38,5% dos entrevistados que sinalizam para estes indicadores, como sendo os que obtiveram os melhores resultados após implantação do Conselho. Comparando esses dados com os dados do Datasus, percebe-se um crescimento percentual de 20,96 para 50,34 e de 0,69 para 0,72 respectivamente. Porém em relação a esta última, vale ressaltar que VCA não chega a oferecer uma consulta por habitante/ano, ficando atrás de muitos municípios do estado que oferecem uma média acima de uma consulta por habitante.

Buscando facilitar a compreensão das informações obtidas, estão apresentados na tabela 1, os posicionamentos dos conselheiros em relação à definição de sua participação no Conselho, uma vez que o relacionamento destes oscila com fortes tendências entre os posicionamentos técnico, ativo e comprometido.

Tabela 1 – Como definir a participação no conselho*

Posicionamento	n
Neutra	0
Amistosa	0
Ativa	6
Parcial	1
Independente	3
Dependente	1
Comprometida	9
Técnica	4
Política	3
Total	27

Fonte: Dados da pesquisa (2011)

*Resposta múltipla

Os dados apresentados evidenciam o conhecimento dos conceitos dos termos apresentados. Assim, 69% dos entrevistados dizem ser comprometidos com as responsabilidades do Conselho, uma vez que o compromisso destes vai além das suas representações no Conselho, perpassando a esfera da gestão municipal, da secretaria de saúde e principalmente da comunidade. Para confirmar o que está sendo apresentado, Stralen et al. (2006, p.10) afirma que:

Os Conselhos de Saúde inserem-se num movimento geral que procura superar as formas existentes de participação política, cristalizadas em partidos políticos, e criar instituições democráticas que promovam a inclusão política. Trata-se de uma inovação institucional surgida durante o processo de transição política, quando a sociedade rejeitava fortemente o padrão clientelístico e excludente das políticas sociais e aspirava a novas políticas desenhadas a partir das necessidades da população, por meio da participação direta dos cidadãos no processo de tomada de decisões.

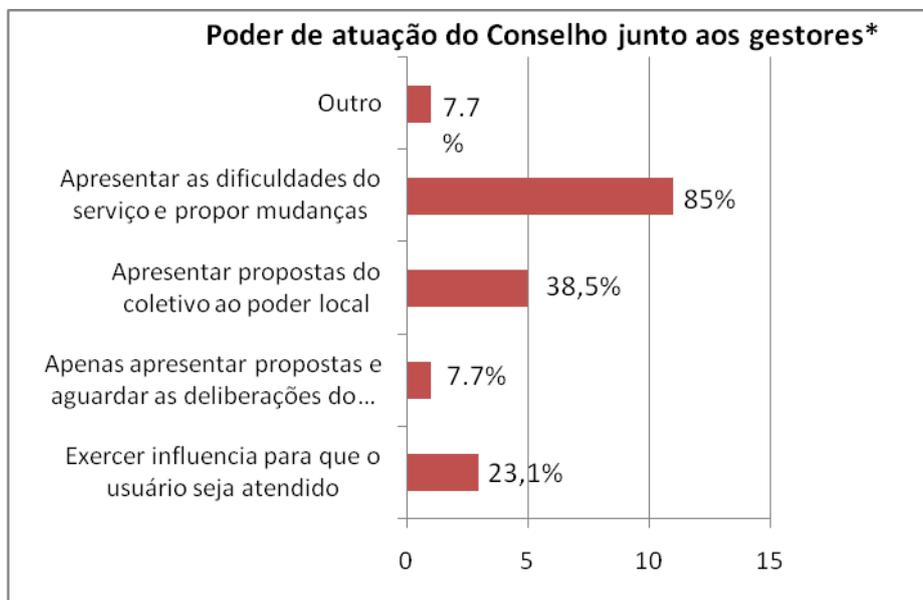


Gráfico 04

Fonte: Dados coletados da pesquisa (2011)

*Resposta múltipla

O percentual de 85% (gráfico 04) dos conselheiros aponta como alternativa do exercício do conselho junto aos gestores municipais: apresentar as dificuldades do serviço e propor mudanças, evidenciando assim que a participação do conselho está condicionada à atuação do poder executivo municipal. Pois, como afirma Stralen et al. (2006), os conselhos deliberam e fiscalizam, mas cabe ao gestor, as decisões a serem tomadas.

Além de fiscalizar as ações propostas no âmbito da saúde, o conselho também pode propor mudanças para melhor efetivar as ações no campo de atuação. Isto pode ser evidenciado no depoimento que segue: *Exigir ações quando forem propostas mudanças e fiscalizá-las (S₁₁)*. Para tanto, toda mudança proposta deve ser guiada por um conjunto de ações articuladas que podem favorecer o desempenho e a fiscalização da mesma. Assim, Stralen et al. confirma o que está sendo posto, quando afirma que:

Mesmo se burocratizando, os conselhos não têm esgotado seu potencial de promover controle social sobre a gestão do SUS e de tomar decisões legitimadas pela consonância com o discurso do SUS. Este potencial efetiva-se quando o conselho se encontra articulado com gestores que compartilham da proposta de democracia participativa e que procuram ativar a participação através de experiências inovadoras concretas, tais como a criação de fóruns permanentes (Stralen et al., 2006, p.11).

Quadro 05 – Principais conquistas após implantação dos conselhos*

Variável	Categoria	n	%
Saúde do idoso	Atenção à saúde do idoso	5	38,5
Câncer de colo e de mama	Controle do câncer de colo de útero e de mama	3	23,1
Redução da mortalidade infantil e materna	Redução da mortalidade infantil e materna	5	38,5
Resposta às doenças emergentes e endemias	Fortalecimento da capacidade de resposta as doenças emergentes e endemias, com ênfase na dengue, tuberculose, malária, influenza,	7	53,8
Promoção da saúde	Promoção da saúde	5	38,5
Fortalecimento da atenção básica	Fortalecimento da atenção básica	5	38,5
Saúde do trabalhador	Saúde do trabalhador	1	7,7
Saúde mental	Saúde mental	4	30,8
Atenção às pessoas com deficiência	Fortalecimento da capacidade de resposta do sistema de saúde às pessoas com deficiência	4	30,8
Situação ou risco de violência	Atenção integral às pessoas em situação ou risco de violência	3	23,1
Saúde do homem	Saúde do homem	3	23,1
Outros		1	7,7
Não respondeu		2	15,4

Fonte: Dados coletados da pesquisa (2011)

*Resposta múltipla

O percentual de 53,8% dos entrevistados refere que o Fortalecimento da capacidade de resposta às doenças emergentes e endemias, com ênfase na

dengue, tuberculose, malária, influenza, hepatite, AIDS é o principal fator de conquista da atenção básica do Município, o que pode ser comprovado com a atuação dos agentes comunitários de saúde e de endemias, com o nível de comprometimento destes e dos demais profissionais envolvidos na efetivação das ações de controle, prevenção e erradicação dessas doenças.

Em seguida, pode-se perceber que alternativas como: Atenção à Saúde do Idoso, Redução da Mortalidade Infantil e Materna, Promoção da Saúde e Fortalecimento da Atenção Básica aparecem com 38,5% individualmente. Por outro lado, 30,8% apresentam a Saúde mental e o Fortalecimento da capacidade de resposta do sistema de saúde às pessoas com deficiência, como mais algumas das principais conquistas alcançadas na atenção básica.

Ainda assim, há aqueles que referem que: *O conselho não tem participação ativa nesses indicadores (S₁₁).*

De acordo com o que preconizam as Diretrizes operacionais dos Pactos pela Vida (2006) para cada ação proposta, existe um conjunto de objetivos e metas para o alcance de um patamar aceitável ou refutável para a prevalência dos problemas de saúde da população. Assim, pode-se dizer que as principais variáveis apontadas neste estudo estão de acordo com alguns dos objetivos propostos nesta pactuação:

Promoção do envelhecimento ativo e saudável; atenção integral e integrada à saúde da pessoa idosa; formação e educação permanente dos profissionais de saúde do SUS na área de saúde da pessoa idosa.

Cobertura de 80% para o exame preventivo do câncer do colo do útero, conforme protocolo, em 2006.

Ampliar para 60% a cobertura de mamografia, conforme protocolo.

Reduzir a mortalidade neonatal em 5%, em 2006.

Reduzir em 5% a razão da mortalidade materna, em 2006.

Reduzir para menos de 1% a infestação predial por *Aedes aegypti* em 30% dos municípios prioritários até 2006.

Atingir pelo menos 85% de cura de casos novos de tuberculose bacilífera diagnosticados a cada ano.

Reduzir em 15% a Incidência Parasitária Anual, na região da Amazônia Legal, em 2006.

Elaborar e pactuar a Política Nacional de Promoção da Saúde que contemple as especificidades próprias dos estados e municípios devendo iniciar sua implementação em 2006.

Assumir a estratégia de Saúde da Família como estratégia prioritária para o fortalecimento da atenção básica, devendo seu desenvolvimento considerar as diferenças loco-regionais (BRASIL, 2006^b, p.9-14).

Tabela 2 - Repasse de recursos para a saúde

Percentual de recursos repassados	n
0 – 25%	3
25 – 50%	0
50 – 75%	4
75 – 100%	5
Não respondeu	1
Total	13

Fonte: Dados da pesquisa (2011)

Embora seja de primordial importância, o conhecimento dos conselheiros sobre o repasse de recursos financeiros para o setor de saúde, conforme a tabela acima há uma oscilação bastante acentuada entre as respostas dadas, uma vez que 38,5% afirmam ter conhecimento de que 75 - 100% dos recursos são repassados, contra 31% que afirmam que são repassados entre 50 - 75% dos valores destinados à saúde, e 23% sinalizam que são repassados apenas entre 0 - 25% dos recursos.

Com relação aos recursos financeiros destinados à saúde, é da competência dos conselhos “implementar a obrigatoriedade da elaboração de planos de aplicação para cada fonte dos recursos do Piso de Atenção Básica (PAB) com aprovação pelos respectivos conselhos de saúde, para estabelecer maior controle sobre os gastos” (BRASIL, 2004, p.150)

Como mecanismo para distribuição de recursos da saúde, cabe ao conselho, após aprovação dos tetos físicos e financeiros, fiscalizar o destino de “50% dos recursos da União para a saúde na atenção Básica, considerando as necessidades regionais” (BRASIL, 2004, p.152).

Quando interrogados sobre as expectativas para a inclusão de uma agenda comum para todos os conselhos de saúde, não apenas no Município, mas em todo o território nacional. Alguns se pronunciaram favoráveis, embora seja necessário reconhecer as limitações e particularidades de cada local, de acordo com os relatos dos participantes:

Antes é preciso fortalecer os conselhos locais de saúde. É preciso levar em conta também as particularidades de cada local (S₉).

Que seja avaliada a real viabilidade dessa agenda, e que isso tenha um impacto significativo nas estratégias em saúde, como um todo (S₁₃).

Esperamos que os conselhos consigam realmente implantar uma agenda e participar com acompanhamento de todas as atividades das unidades, dos gestores, das implantações dos serviços e do acompanhamento dos mesmos (S₈).

Outros demonstram ansiedades por conhecer a proposta para inclusão dessa agenda por considerá-la um instrumento de normatização das ações desenvolvidas pelos conselhos para fiscalização e participação social, considerando os pronunciamentos dos participantes:

Unificar as ações, melhorar a fiscalização (S₆).

Expectativa positiva, uma vez que fortalecerá o conselho e a participação social (S₇).

Não tenho expectativas, pois ainda não fomos informados sobre esta implantação (S₁₁).

É que ela seja implantada o mais rápido possível (S₁₂.)

As expectativas são boas. Porque o nosso conselho local e municipal trabalha em conjunto (S₁₀).

Positiva (S₄).

Em cumprimento às normatizações legais do Sistema de Saúde, o Conselho de Saúde de VCA elabora, em conjunto com a SMS, a cada quatro anos o plano plurianual com revisões das propostas anuais de diretrizes orçamentárias, seguidas de monitoramento, atualização e avaliação das ações (BRASIL, 2009). Assim, o “planejamento deve contribuir para que o SUS responda, com qualidade, às demandas e necessidades de saúde, avançando de forma ágil rumo a sua consolidação” (BRASIL, 2009, p.22).

Desta forma pode se definir “como Sistema de Planejamento do Sistema Único de Saúde – PlanejaSUS – a atuação, articulada, integrada e solidária das áreas de planejamento das três esferas de gestão no SUS (BRASIL, 2009, p.27). O PlanejaSUS objetiva “coordenar o processo de planejamento no âmbito do SUS, tendo em conta as diversidades nas três esferas de governo, de modo a contribuir para a sua consolidação, resolubilidade e qualidade da gestão e da atenção à saúde” (BRASIL, 2009, p.33).

A proposta de Mobilização Nacional e Solidariedade na Construção de uma Agenda Comum “é estimular a reflexão em torno do seguinte triângulo: problemas de saúde – condições de vida – exercício do controle social” (BRASIL, 2006^c, p.23).

A partir dos problemas identificados no âmbito do território nacional, cria-se o sentido de solidariedade entre os Conselhos de Saúde. Assim, espera-se que “a cada problema tratado (de 4 em 4 meses) haja uma ampla mobilização nacional junto a todos os conselhos de saúde, pela melhoria do problema em sua expressão local, municipal e estadual” (BRASIL, 2006^c, p.24).

O fato de propor a elaboração de uma Agenda Comum não significa abrir mão da agenda local, mas fortalecer esta pelos debates levantados em âmbito nacional para resolução de problemas e conseqüentemente, o fortalecimento em torno das discussões sobre as desigualdades sociais e regionais (BRASIL, 2006^c):

De fato, propõe-se a criação de uma Agenda Comum, a partir da qual os Conselhos de Saúde, de forma solidária, vão atuar juntos na busca de solução de problemas nacionais prementes da saúde. A proposta de uma Agenda Comum, em escala nacional, relacionada a situações de saúde/doença parte da idéia da *solidariedade* entre os Conselhos de Saúde, mas também da convicção de que ainda persistem no Brasil questões que envergonham uma nação que decida consolidar-se como um país digno e justo (BRASIL, 2006^c, p.23).

4.2 Tratamento dos Dados Documentais

O material analisado foi compilado em sete blocos temáticos, a partir dos quais foram agrupados os temas propostos para debate, o tipo de documento analisado, as datas referidas aos documentos e as descrições e ou interpretações relatadas para cada ação encontrada em todo o período analisado.

Ao todo foram analisadas 134 atas ordinárias e 30 extraordinárias e o Plano Municipal de Saúde 2010-2013 que muito contribuiu para a análise desses documentos. Das atas foi extraída a maioria das ações de saúde desenvolvidas no Município no período de 2000 a 2011, conforme relatos discutidos, analisados e aprovados nas reuniões das quais estas atas foram construídas.

No decorrer das discussões estão apresentados os sete eixos temáticos elaborados em quadros para facilitar a visualização e o entendimento sobre as ações desenvolvidas, e para complementar estas ações, outras estão postas em apêndices.

4.2.1 Capacitação e Aperfeiçoamento de Conselheiros

A capacitação dos conselheiros está estritamente relacionada com a proposta de Educação Permanente do MS, com objetivo de preparar os participantes dos conselhos para o exercício do conselho, com foco voltado para as ações desenvolvidas nas Políticas de Saúde, nas propostas da gestão local, visando não apenas a fiscalização, mas acima de tudo, o controle na efetivação dessas ações. Assim, foram analisadas algumas capacitações (Quadro 06), pelas quais os conselheiros passaram, com destaque para aquelas que objetivam levar o conselheiro a reconhecer o seu papel na sociedade, o seu conhecimento das ações de saúde implementadas, bem como, o conhecimento da conjuntura estrutural da Política Nacional de Saúde. “Nesse sentido, torna-se fundamental desencadear processos de capacitação de conselheiros de saúde que possibilitem, além da compreensão da estrutura e funcionamento do SUS e do processo de construção do modelo assistencial [...]” (BRASIL, 2002^a, p.7).

Nesse contexto, para atender ao universo de reivindicações apresentadas pelos CS, Conferências de Saúde, Plenárias e outros eventos, foi promovido pelo MS, em parceria com a Fundação Osvaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública, o Programa de Capacitação para Conselheiros, “atualmente em fase de multiplicação mediante Pólos de Educação Permanente” (SCOREL; NASCIMENTO; EDLER, 2005, p.369) que possibilitam aos conselheiros, conhecimento e instrumentos para desempenharem suas atividades nos conselhos de saúde.

Esse processo de capacitação requer que o conselheiro tenha compreensão e visão ampliadas de saúde para possibilitar a articulação entre os diversos setores da gestão pública “de modo que a ação do conselho pode ser caracterizada como de formulação e deliberação de políticas comprometidas com a qualidade de vida” (BRASIL, 2002^a, p.7). Assim, Outras ações complementares de capacitação podem ser visualizadas no Apêndice D.

Dessa forma, são elencos nesse contexto de aprimoramento dos conhecimentos: encontros, oficinas, cursos, seminários, metodologias de educação à distância, conferências de saúde, plenárias, etc. Assim pode-se inferir que: “a educação permanente trata da aprendizagem que se processa no ritmo das diferenças sociais, culturais e religiosas dos sujeitos sociais” (BRASIL, 2006^d, p.9).

Quadro 06 – Capacitação e Aperfeiçoamento de Conselheiros

TEMAS EM DEBATE	MATERIAL ANALISADO	DATAS	DESCRIÇÕES
Capacitação do CMS	Ata da 2ª Reunião Extraordinária do CMS	24/04/2002	O primeiro tema proposto para capacitação do CMS foi a Lei de Responsabilidade Fiscal.
Capacitação de Conselheiros Municipais	Ata da 1ª Reunião Ordinária do CMS	08/01/2003	Conselheiros participam de capacitação e parabenizam a Secretaria de Saúde pela iniciativa afirmam a importância da capacitação para conselheiros.
O papel do Conselheiro	Ata da 1ª Reunião Ordinária do CMS	19/01/2005	Trazer os problemas e propostas para serem discutidos no Conselho, porque não adianta só trazer os problemas e cobrar da Secretaria de Saúde. As reuniões não devem ser transformadas em conselhos locais, onde o conselheiro traz todos os problemas da comunidade local, quando os conselhos locais é que deveriam debater essas questões e acionar a ouvidoria.
Capacitação para os conselhos locais de saúde, CMS e Orçamento Participativo	Ata da 2ª Reunião Ordinária do CMS	02/02/2005	Será trabalhado o processo de construção do Sistema Único e o funcionamento do Sistema Local.
Convênio de capacitação de conselheiros de saúde e do orçamento participativo	Ata da 2ª Reunião ordinária do CMS	14/02/2007	Esta capacitação tinha como objetivo, colocar o Conselho do Orçamento Participativo mais próximo do CMS e do Sistema de Saúde.
Capacitação dos conselheiros em Recife	Ata da 2ª Reunião ordinária do CMS	03/02/2010	Relato da viagem a Recife demonstra preocupação quanto a responsabilidade de ser conselheiro, reforçando a necessidade de se conhecer tudo sobre aprovação de contas.
Curso de capacitação dos conselheiros	Ata da 1ª Reunião Ordinária do CMS	12/01/2011	Curso com 120h, sendo 80h teóricas e 40h presenciais, vividas no Sistema de Saúde.
Curso introdutório de capacitação do CMS	Ata da 3ª Reunião Ordinária do CMS	02/03/2011	A média de participação tem sido de 36,5% do total de conselheiros empossados nesta gestão.

Fonte: Levantamento de dados da pesquisa (2011)

4.2.2 Mobilização Popular, Participação e Controle Social

No quadro 07 estão expostas as ações do bloco temático Mobilização Popular, Participação e Controle Social, que indiscutivelmente trata da essência deste trabalho, uma vez que o controle social das ações de saúde passam pelo crivo do Conselho, assim como as manifestações populares também passam pela censura da sociedade, como pode ser analisada no quadro abaixo, onde as demandas emanadas das necessidades da comunidade, são enfaticamente analisadas pelo Conselho. Deve-se salientar que além de fiscalizador, o Conselho é órgão deliberativo, sendo, portanto, um construtor de opiniões e avaliador das ações propostas encaminhadas para implementação.

Dessa forma, a mobilização social tem início quando grupos distintos da sociedade se articulam para promover as lutas que trarão como conseqüências os ganhos sociais como a municipalização da saúde em setores de responsabilidade do Estado.

Convênios foram realizados entre o MS e o Município visando melhorar o controle do sistema informatizado da central de marcação de consultas, possibilitando ampliar esta ação para outras UBS.

Enquanto papel de fiscalizador, o Conselho exerce o controle social nas ações de fiscalização de erros cometidos por diversos profissionais que atuam sem a devida qualificação; além de denunciar as falhas do sistema de marcação de exames; maus tratos aos pacientes por parte de profissionais da saúde e falta de manutenção nos equipamentos.

Além de apontar os jogos de interesses existentes no corpo do Conselho, no qual foram desencadeados muitos desentendimentos com prejuízos ao andamento das ações, o Conselho apura irregularidades nas prestações de contas, nos procedimentos de rotina no Laboratório do DST/AIDS e na Santa Casa de Misericórdia, nesta apuradas as falhas de subtração de postos de atendimentos e ou internamentos.

A Emenda Constitucional – EC29, criada para regulamentar os repasses dos recursos da saúde em todo o território nacional, até o presente momento tem sido alvo de mobilizações, inclusive no Distrito Federal.

As diversas reclamações recebidas pelo Ministério Público denunciam o engessamento da ouvidoria que necessita ser reestruturada para melhor atender às

reivindicações da população; e para atender às demandas dos movimentos sociais, o CMS criou a Comissão de Mobilização Popular.

Para garantir a participação do usuário, foi criada a Lei nº 8.142/90 que institui as conferências e os conselhos de saúde no âmbito correspondente como forma de garantir a participação popular nas formulações de estratégias e fiscalização das Políticas de saúde, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, (BRASIL, 2007^b). “Em VCA a participação popular e o controle social têm sido fomentados com a criação e fortalecimento de diversos espaços como os conselhos e Conferências Municipais, os CLS, o Orçamento Participativo e o Congresso da Cidade” (SOLLA, 2010, p.140).

A Resolução nº 333/03 reza que o Conselho de Saúde deve ser representado de forma paritária com representantes de usuários, de trabalhadores na Saúde e de representantes do governo. Dentre as funções do Conselho, destacam-se as denúncias de irregularidades; o acompanhamento das ações desenvolvidas nos serviços de saúde e as prestações de contas dos órgãos colegiados, contratados para gerir os recursos destinados à execução das ações de saúde no município.

Assim, diante do quadro apresentado e consolidado por essa Resolução, fica evidenciado que é de responsabilidade do Conselho o exame das propostas e denúncias de indícios de irregularidades; avaliação dos serviços prestados e dos instrumentos utilizados nos diversos setores de saúde; estabelecimento de uma comunicação com a comunidade, de forma que esta fique informada sobre as deliberações do Conselho; acompanhamento, avaliação e aprovação do relatório de gestão; controlar gastos e deliberar sobre o planejamento para os recursos da saúde, além de implementar a mobilização e articulação da sociedade para a efetivação das políticas públicas de saúde (BRASIL, 2003).

Como complemento a estas ações, outras podem ser consultadas no Apêndice E.

Quadro 07 – Mobilização Popular, Participação e Controle Social

TEMAS EM DEBATE	MATERIAL ANALISADO	DATAS	DESCRIÇÕES
Mobilização Social	Ata da 1ª Reunião Ordinária do CMS	17/01/2001	Se o Município quer assumir o Hospital de Base, a população, os sindicatos e outros órgãos devem se mobilizar.
Ações de Controle, Avaliação e Auditoria da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de VCA.	Ata da 3ª Reunião Ordinária do CMS	13/05/2002	Convênios realizados entre o MS e o Município de VCA: 1- Melhorar o sistema informatizado da Central de Marcação de Consultas, permitindo uma descentralização para as Unidades de Saúde. 2- Ampliar o software ambulatorial para ser usado em toda rede básica, incluindo a dispensação de medicamentos. 3- contratação de uma avaliação externa da implantação das ações de controle, avaliação e auditoria.
Fiscalização com punição	Ata da 2ª Reunião Ordinária do CMS	12/03/2003	Os conselheiros devem fiscalizar e os erros devem ser punidos. Na zona rural muitos profissionais não são qualificados para atendimento ao público.
Denúncias de várias Unidades de Saúde	Ata da 2ª Reunião Extraordinária do CMS	14/12/2005	Com relação à demora na marcação de exames, pontualidade dos médicos, dificuldade dos usuários em conseguir exames e manutenção de alguns equipamentos quebrados.
Denúncia de maus tratos	Ata da 12ª Reunião Ordinária do CMS	08/12/2005	Usuária do PSF da URBIS VI reclama de maus tratos por parte do profissional médico.
Discussões e divergências no Conselho, causadas por jogos de interesses: exclusão da Associação dos Farmacêuticos (ASFARMA) e disputa entre ACS e o Sindicato dos Trabalhadores em Saúde (SindSaúde)	Ata da 2ª Reunião Ordinária do CMS	13/02/2006	Se for levar a termo, esse Conselho é todo errado, pois existem trabalhadores, coordenadores que representam entidades no Conselho. A Lei está errada e a Resolução 333 é a coisa mais justa e honesta que foi tão detalhada em Brasília. Todos sabem que a formação desse Conselho é jogo de interesse mesmo, logo será a luta dos usuários. A democracia para ser exercida nesse país e nesta cidade é desse jeito mesmo. A composição da mesa deveria ser paritária também, deveria ter um gestor, um trabalhador e um usuário, pois usuário nunca participa de nada [...] Este Conselho está em construção e democraticamente tudo é possível [...] Os ACS fizeram seu discurso e deve ter convencido a plenária, e o SindSaúde achou que já estava com a vaga ganha, e no momento que não foi contemplado é que o relator do outro grupo achou que a redação não estava correta, então quem não reclamou na hora, perdeu a chance [...] Estamos aqui para resolver conflitos e não para tencioná-las e está fazendo um alerta porque cada um tem que ter cuidado e responsabilidade com o que fala de um colega [...]
Apuração de irregularidades nas contas da Associação Renascer	Ata da 1ª Reunião Extraordinária do CMS	31/01/2007	Conforme instruções do MS, para aplicação de recursos destinados ao financiamento de projetos aprovados pelo Programa Nacional DST/AIDS, cópia do convênio 22/2005 e termo aditivo do mesmo...
Denúncia em relação aos procedimentos do serviço, da rotina do Laboratório do DST/AIDS	Ata da 2ª Reunião Extraordinária do CMS	16/04/2007	Foi registrada no Ministério Público; encaminhado o registro da reclamação para a Coordenação Estadual e Coordenação Nacional e ainda à Rede Nacional de soropositivos, e isso criou uma série de problemas. Um funcionário faz acusações sobre a reutilização de materiais descartáveis dentro do DST/AIDS, o que é uma informação infundada.

Fonte: Levantamento de dados da pesquisa (2011)

Quadro 07 – Mobilização Popular, Participação e controle Social

TEMAS EM DEBATE	MATERIAL ANALISADO	DATAS	DESCRIÇÕES
Movimento em Brasília, em defesa da regulamentação da EC29	Ata da 9ª Reunião Ordinária do CMS	05/09/07	A EC29 estará regulamentando e definindo os repasses dos recursos da Saúde em todo o Brasil.
Transparências na prestação de contas	Ata da 2ª Reunião Extraordinária do CMS com auditoria da SESAB	14/05/2008	O Conselho é informado detalhadamente sobre os recursos oriundos de todos os órgãos, através da prestação de contas trimestral, recebida pelos conselheiros, que após a apresentação das contas, a comissão de finanças, verifica e analisa a documentação, sendo apresentado e lido um relatório dos resultados durante a reunião do Conselho. É pertinente que se faça crítica à saúde e aos responsáveis pelo gerenciamento do SUS, entretanto, tem que se ter respostas para colaborar na construção de uma saúde transformadora e humanizada.
Engessamento da ouvidoria	Ata da 2ª Reunião Extraordinária do CMS com auditoria da SESAB	14/05/2008	A ouvidoria está tão presa à secretaria de Saúde que foi percebido que o processo de ouvidoria finda-se ali mesmo, dentro da Secretaria, porque toda problemática trazida pelo usuário era resolvida ali, levava para a secretaria, encaminhava-se para o Hospital, mas, percebeu-se que não estava tendo retorno. É necessária a reestruturação do sistema de Saúde no Município e no CMS. A ouvidoria está sendo trocada pelo Ministério Público (MP) por falta de confiabilidade e atraso nas respostas às denúncias. As coisas boas são para os gestores e os pontos negativos são para os usuários; é preciso esclarecer certas verdades.
Irregularidades auditadas na Santa Casa de Misericórdia	Ata da 1ª reunião Extraordinária do CMS	16/04/2009	Na avaliação, algumas irregularidades foram apontadas: 1- conta corrente receptora não é uma conta específica; 2- a Entidade não possui um sistema de alocação de recursos por centro de custos; 3- emissão de nota fiscal com dedução de valores que não estavam relacionados no convênio; 4- clínica médica, contratados 45 leitos, encontrados 36; 5- clínica cirúrgica, contratados 25 leitos, encontrados 18; 6- pediatria, contratados 30 leitos, encontrados 23; 7- obstetrícia, contratados 24 leitos, encontrados 21; 8- existência de leitos privados nas enfermarias do SUS, na clínica cirúrgica ortopédica; 9- encontrados 29 leitos novos em funcionamento no andar superior, referente à ampliação de vagas públicas.
Comissão de Mobilização Popular	Ata da 3ª Reunião Ordinária do CMS	02/03/2011	Tem como função política de saúde discutir estratégias de fortalecimento de mobilização popular através dos CLS, por meio da articulação dos movimentos sociais.

Fonte: Levantamento de dados da pesquisa (2011)

4.2.3 Atendimentos de Urgência/emergência e Laboratorial

Inicialmente, o atendimento de urgência e emergência foi realizado por meio de uma Central de Ambulâncias em parceria com o Corpo de Bombeiros e a Polícia Rodoviária Federal. Atualmente, o Município conta com o Serviço Móvel de Urgência e Emergência – SAMU 192, que foi implantado na Cidade de Vitória da Conquista no ano de 2004, sendo o primeiro do interior do país, além de sete capitais que na época já tinham o serviço. Este serviço funciona para atender as urgências e emergências das demandas espontâneas e tem interface com a Atenção Básica para atender às emergências das demandas locais por meio de consulta telefônica ao profissional médico plantonista.

O Laboratório Central vem desempenhando um papel de fundamental importância para a sociedade, em especial para os usuários do Sistema Público de Saúde, realizando exames laboratoriais de rotina, exames diagnósticos de dengue, sarampo, rubéola e hepatites.

O plano de contingência da dengue foi criado com o objetivo de reduzir a menos de 1% a mortalidade das formas clínicas graves e para atender às emergências no caso de surto.

O quadro 08 apresenta um breve histórico destas ações de atendimentos de urgência/emergência e exames realizados no Laboratório Central, prestados à população, conforme dados coletados nos documentos analisados.

Quadro 08 - atendimentos de Urgência/Emergência e Laboratorial

TEMAS EM DEBATE	MATERIAL ANALISADO	DATAS	DESCRIÇÕES
Atendimento de urgência e emergência	Ata da 3ª Reunião Ordinária do CMS	27/03/2001	A central de ambulâncias em funcionamento com uma UTI móvel e duas ambulâncias. Serviço de resgate articulado junto com o Corpo de Bombeiros e a Polícia Rodoviária Federal
Realização de Exames Laboratoriais	Ata da 1ª Reunião Ordinária do CMS	06/02/2002	Exames realizados (dengue, sarampo, rubéola e hepatites) no Laboratório Central, otimizando o serviço através do diagnóstico precoce e conhecimento da situação da epidemia.
Implantação do Serviço de Atendimento Médico de Urgência (SAMU) 192 completa três anos	Ata da 1ª Reunião Ordinária do CMS	14/01/2004	O SAMU 192 não veio apenas para regular porta de urgência na linha de frente, mas com retaguarda de capacitação contínua para o prestador que está ofertando o serviço dentro do Pronto Socorro. Também tem interface na AB que poderá atender emergência limitada. VCA foi o primeiro município do interior do Brasil a ser credenciado com o SAMU 192, além das sete capitais.
Urgências ambulatoriais nas Unidades de Saúde	Ata da 4ª Reunião Ordinária do CMS	05/04/2006	Atualmente tem sido visto um acúmulo muito grande das urgências ambulatoriais nos hospitais. São urgências que não deveriam estar nos hospitais porque a AB tem condições de atender.
Plano de Contingência - Dengue	Ata da 1ª Reunião Ordinária do CMS	10/01/2007	Criado para atender às emergências no caso de surto que venha correr na cidade. Seu objetivo geral é reduzir a mortalidade das formas clínicas graves do dengue para menos de 1%.

Fonte: Levantamento de dados da pesquisa

4.2.4 Ampliação dos Serviços

O quadro 09 demonstra a dinâmica do crescimento tanto quantitativo quanto qualitativo no atendimento à população, uma vez que esse crescimento é resultado do processo de “inclusão” devido à ampliação do acesso da população aos serviços de saúde. De forma simples, pode-se dizer que “a estratégia básica foi levar a saúde às populações e deixar de esperar que os doentes procurem os hospitais” (BRASIL, 2002^b, p.29).

Assim, antes de ser implantado o Programa de Saúde da Família (PSF), cerca de 500 cidades não recebiam recursos do Ministério da Saúde para procedimentos ambulatoriais e hoje, quase todos os municípios recebem um valor nominal por habitante para cobertura desses procedimentos e de outras ações de saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde. O grande responsável por esta mudança foi o PSF que ampliou a cobertura do atendimento às populações, além de desafogar os Prontos Socorros e ambulatórios, com ações voltadas para a atenção primária (promoção e prevenção) à saúde (BRASIL^b, 2002).

A ampliação da rede básica do Município com um número sempre crescente de novas Unidades de Saúde da Família é o ponto mais marcante na análise deste quadro, apontando para a necessidade também crescente de ampliação das Equipes de Saúde da Família que atualmente somam 38 equipes implantadas, correspondendo a 51% de cobertura da população (VITÓRIA DA CONQUISTA, 2009). Outro ponto a ser acrescentado é o serviço de Saúde Bucal prestado às Unidades Básicas de Saúde, acompanhando as Equipes de Saúde da Família (ESF), sendo uma Equipe de Saúde Bucal para uma ESF, conforme legislação.

A ampliação dos serviços de saúde vem sendo consolidada ao longo do tempo, melhorando assim a qualidade e resolutividade da atenção, inclusive com a “oferta dos serviços especializados, implementação dos serviços de referência municipal, ampliação e reforma do Hospital Materno Infantil Esaú Matos” (VITÓRIA DA CONQUISTA, 2009, p.12).

Em relação ao Programa de Saúde Bucal, Solla (2010, p.136) refere que “odontólogos e auxiliares de consultório dentário estão em todas as equipes de saúde da família, realizando atividades preventivas e tratamento odontológico”.

Dessa forma, para ampliar os serviços de atenção à saúde, foi implantada no ano de 1996 a Atenção Básica, desafogando as plataformas das urgências/exigências, para onde era destinada grande parte das demandas de saúde do Município. Novas Equipes de Saúde da Família foram incorporadas na Atenção básica possibilitando ampliar o quadro de profissionais da área da saúde.

O processo evolutivo dos serviços de saúde no período de 1997 a 2000, após reativação do CMS, desencadeou a implementação do Programa de Agentes Rurais de Saúde; implementação do (Programa de Agentes Comunitários de Saúde/Programa de Saúde da Família (PACS/PSF), a gestão plena do sistema municipal de saúde, do Centro de Referência em Doenças Sexualmente Transmissíveis/Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (CR-DST/AIDS), da central de marcação de consultas, do Centro Municipal de Atenção Especializada (CEMAE), de consultórios odontológicos, dentre outros.

O Ministério da Saúde (MS) contempla o Município com o Programa de Expansão de Saúde da Família (PROESF), visando o crescimento, o ordenamento, o planejamento e consolidação do PSF.

Com relação à saúde bucal, o MS publica portaria designando um odontólogo para cada Equipe de Saúde da Família. A Associação Brasileira de Odontologia (ABO) cria novos curso de especialização para aperfeiçoamento dos profissionais do Município e Região, com conseqüente ampliação do Programa Federal Brasil Sorridente, com a implantação de tratamentos de ortodontia e implantodontia.

Quadro 09 – Ampliação dos Serviços

TEMAS EM DEBATE	MATERIAL ANALISADO	DATAS	DESCRIÇÕES
Avanços na Saúde	Ata da 4ª Reunião Ordinária do CMS	13/04/2000	A partir de 1996 com a implantação da AB, o Município de VCA avança no setor Saúde. Os dados do MS comprovam que nesse período não havia assistência básica, dessa forma, os serviços de saúde iam parar na urgência/emergência. Hoje, o Município tem uma das melhores redes de AB da Bahia.
Implantação de novas equipes do PSF	Ata da 6ª Reunião Ordinária do CMS	13/05/2000	A ampliação do número de Equipes de Saúde da Família possibilitou a contratação de novos profissionais.
Processo Evolutivo da Administração Municipal no período de 1997 – 2000 – Relatório de Gestão	Ata da 1ª Reunião Ordinária do CMS	17/01/2001	Reativação do CMS e Programa de Agentes Rurais de Saúde; ampliação da rede pública municipal; implantação do PACS/PSF, da Gestão Plena do Sistema Municipal de Saúde, do Centro de Referência em DST/AIDS, da Central de Marcação de consultas, do Centro Municipal de Atenção Especializada – CEMAE, do Centro de Controle de Endemias, do Centro de Dermatologia Sanitária e Tuberculose, do Centro de Estudo e Atenção às Dependências Químicas – CEAD, do SISVAN; ampliação da capacidade física do Laboratório Central e realização de exames especializados.
Implantação de consultórios oncológicos	Ata da 3ª Reunião Ordinária do CMS	13/05/2002	Implantados nos distritos de Limeira, Iguá, Bate-pé, José Gonçalves e Cercadinho.
VCA é contemplado pelo MS com o Programa de Expansão de Saúde da Família (PROESF)	Ata da 5ª Reunião Ordinária do CMS	08/05/2003	VCA contribuiu muito para que isso acontecesse, quando recebeu permissão do Banco Mundial, da OPAS e da Organização Mundial de Saúde, no sentido de conhecer a rede SUS no Município, a rede do PSF, a fim de dar sustentabilidade ao projeto que o MS estava montando na época. Objetivo: Incentivar a ampliação de todos os serviços que atendem à saúde da família. Fazer com que o PSF cresça de forma ordenada e planejada e que contribua para consolidação do Sistema.
Saúde Bucal	Ata da 6ª Reunião Ordinária do CMS	04/06/2003	O MS publica portaria onde cada equipe de saúde da família deve ter um odontólogo.
Implantação de novas equipes de saúde da família	Ata da 1ª Reunião Ordinária do CMS	14/01/2004	Pela programação do PROESF, será implantada uma equipe no Bairro Pedrinhas, Nossa Senhora aparecida, Pradoso, Centro Social Urbano (CSU), Morada dos Pássaros e vila América, duas equipes no Panorama.
Implantação da Unidade de Pronto Atendimento (PA)	Ata da 7ª Reunião Ordinária do CMS	09/07/2008	Programa de Implantação no Bairro Patagônia, contando com doze leitos (seis masculinos e seis femininos). O objetivo do PA é desafogar os serviços de urgência e emergência, pois este é um nó crítico na área de saúde em todo o país.
Criação de novos cursos na odontologia	Ata da 1ª reunião Extraordinária do CMS	30/03/2010	Curso de especialização em Ortodontia e Prótese Dentária, criados pela Associação Brasileira de Odontologia (ABO).
Ampliação do Programa Federal Brasil Sorridente	Ata da 5ª Reunião Ordinária do CMS	04/05/2011	Especialidades odontológicas existentes no Município: periodontia, cirurgia oral, endodontia, tratamentos de pacientes com necessidades especiais e a prótese dentária. Foram acrescentados com a ampliação: tratamento de ortodontia e implantodontia.

Fonte: Levantamento de dados da pesquisa

4.2.5 Gestão Participativa

A expressão Gestão Participativa pressupõe o entendimento de que, para se homologar as decisões do poder executivo, é preciso antes passar pela chancela do Conselho, que avalia, discute e julga procedente ou não. Portanto, para garantir as ações do Conselho sobre o poder de decisão do gestor é necessário que este detenha condições para poder atuar, de forma que suas decisões sejam desvinculadas de quaisquer interesses (BRASIL, 2007^b).

Assim, para que haja a participação de todos os segmentos, é necessário construir a agenda coletiva de discussões que é uma forma de garantir transparência nas discussões e independência para identificar as prioridades (BRASIL, 2007^b).

De acordo com o quadro 10, a ordem crescente de ações elencadas, demonstra que o CMS está estritamente relacionado com a gestão participativa, uma vez que, todas as ações do âmbito da saúde devem passar pelas plenárias do Conselho. A começar pela definição de metas para a Atenção Básica, as quais foram pré-definidas a partir dos indicadores referendados em nível nacional, tais como: mortalidade geral, mortalidade materna, mortalidade infantil, nascidos vivos e morbidade hospitalar, dentre outros.

A elaboração do “regimento interno (ou as normas de funcionamento) constitui-se em instrumento de balizamento para todas as atividades do conselho. Seu conhecimento por todos os participantes iguala em princípios, as capacidades de participação e de negociação dos conselheiros e de respeito às diferenças” (BRASIL, 2007^b, p.52). Na criação e reformulação dos Conselhos de Saúde o poder executivo, respeitando os princípios da democracia, deverá acolher as demandas da população, fundamentado nas conferências de saúde (BRASIL, 2003, p.4).

O Plano Municipal de Saúde (PMS) é um instrumento que “demonstra as intenções e os resultados a serem buscados no período, expressos em objetivos, ações programáticas e metas, base para a execução, acompanhamento e avaliação da gestão do sistema de saúde” (VITÓRIA DA CONQUISTA, 2009, p.4)

Trata-se, portanto, de um instrumento de fundamental importância para a Gestão Participativa do Sistema de Saúde, por considerar que este instrumento foi criado para atender às demandas da “Política de Saúde do Município, em conformidade com os princípios e diretrizes dos instrumentos jurídico-legais que

regulam o funcionamento do SUS: universalidade, equidade, integralidade, descentralização, hierarquização e participação popular, referidas na Constituição Federal, nas Leis Orgânicas 8.080/90 e 8.142/90” (VITÓRIA DA CONQUISTA, 2009, p.4).

Desde a habilitação do município à Gestão Plena do Sistema de Saúde em outubro de 1999, com os investimentos na área da saúde, se tornou perceptível “a prioridade que o governo tem dado à construção e consolidação de um sistema de saúde qualificado, com desenvolvimento de ações voltadas à promoção da qualidade de vida da população” (VITÓRIA DA CONQUISTA, 2009, p.12)

O município aderiu em 2006 ao Pacto de Gestão ratificando “o compromisso com o conjunto de prioridades estabelecidas pela Agenda Nacional, orientando a programação e Pactuação em saúde pelo município” (VITÓRIA DA CONQUISTA, 2009, p.12). Dessa forma são estabelecidas como prioridades da Gestão Participativa em Saúde: implantação da Política Municipal de Humanização; consolidação e qualificação da Estratégia de Saúde da Família, como estratégia para mudança do modelo de atenção à saúde; fortalecimento do sistema de Referência e contra-Referência, garantindo a integridade e resolutividade do cuidado em saúde; aprimoramento dos mecanismos de gestão participativa; promoção da qualificação física e tecnológica da rede; garantia de ações de Vigilância à Saúde; acesso a medicamentos básicos à população atendida pelo SUS; fortalecimento da rede de atenção ambulatorial e de urgências e emergências; além de priorizar as linhas do cuidado em saúde bucal, saúde mental, pessoas com deficiência, pessoas vítimas de violência, saúde do trabalhador e saúde do idoso (VITÓRIA DA CONQUISTA, 2009).

A Gestão Participativa está marcada pelas inúmeras contribuições do CMS, estruturado conforme elaboração do regimento e representado por vários segmentos da sociedade civil organizada; ampliação do sistema informatizado de marcação de consultas e procedimentos, para a rede de atenção básica; o Plano Municipal de Saúde, elaborado a cada quatro anos, no qual são definidos os problemas prioritários de saúde da população.

Com o objetivo de prestar informações e esclarecimentos à população, foi implantada a Ouvidoria Municipal que muito contribuiu para avaliar o estado de saúde do Município, conhecer as insatisfações e os anseios dos usuários do Sistema. Além disso, a Gestão Participativa, consolidada pela adesão ao Pacto de

Gestão Plena, que torna o Município, responsável por todos dos serviços de saúde, proporcionou a Pactuação de outros municípios com o estabelecimento da programação Pactuada Integrada (PPI), facilitando as liberações de autorizações de internamentos hospitalares e o atendimento de média complexidade⁶.

Um dos setores que mais se destaca nesta Gestão é o CR-DST/AIDS que elabora o seu plano de ações e metas (PAM) buscando parcerias com outras instituições da área de saúde para alcançar os seus objetivos.

Apesar dos esforços do Núcleo Gestor de Controle social para manter suas atividades e as ações do Conselho, até o momento não dispõe de uma sede própria, ficando nas dependências da Secretaria de Saúde do Município.

Outras ações integradas à Gestão Participativa podem ser contempladas no Apêndice G.

⁶ Os grupos que compõem os procedimentos de média complexidade do Sistema de Informações Ambulatoriais são os seguintes:

- 1) procedimentos especializados realizados por profissionais psicólogos, médicos, outros de nível superior e nível médio;
- 2) cirurgias ambulatoriais especializadas;
- 3) procedimentos traumato-ortopédicos;
- 4) ações especializadas em odontologia;
- 5) patologia clínica;
- 6) anatomopatologia e citopatologia;
- 7) radiodiagnóstico;
- 8) exames ultra-sonográficos;
- 9) diagnose;
- 10) fisioterapia;
- 11) terapias especializadas (psicoterapia);
- 12) próteses e órteses;
- 13) anestesia (SILVEIRA, [200_?]).

Quadro 10 – Gestão Participativa

TEMAS EM DEBATE	MATERIAL ANALISADO	DATAS	DESCRIÇÕES
Elaboração do regimento/estatuto do CMS	Ata da 3ª Reunião Ordinária do CMS	14/03/2000	Solicitada Lei de criação do estatuto do CMS; composição do Conselho, com relação das entidades representadas e seus titulares; plano Municipal de Saúde; Relatório de gestão de 1999; extratos das contas do SUS e proposta orçamentária para o ano de 2000.
Informatização das UBS	Ata da 10ª Reunião Ordinária do CMS	21/11/2000	O MS aprovou um projeto para informatização das UBS; o convênio foi assinado pelo prefeito em julho.
Plano Municipal de Saúde 2002-2005	Ata da 2ª Reunião Extraordinária do CMS	24/04/2002	Definição dos problemas prioritários do estado de saúde da população: Mortalidade infantil por infecções originadas do período perinatal; mortalidade materna por doenças do aparelho circulatório; causas externas e neoplasias; tuberculose; hanseníase; controle de Aedes Aegypti; DSTs; AIDS; doenças imunopreveníveis; esquistossomose; teníase e cisticercose; doenças e agravos relacionados com a saúde do trabalhador e acidentes por animais peçonhentos; saúde bucal; controle de substâncias psicoativas e ações de saúde mental.
Implantação da Ouvidoria Municipal	Ata da 2ª Reunião Extraordinária do CMS	24/04/2002	Com espaço físico organizado junto à Central de Marcação de Consultas, a ouvidoria, além de receber denúncias de usuários e fazer com estas cheguem aos órgãos competentes, presta também informações e esclarecimentos à população.
Pactuação dos Municípios	Ata da 5ª Reunião Ordinária do CMS	08/05/2003	Oficina de Pactuação da Programação Pactuada Integrada (PPI) para discutir a reprogramação em relação a oferta do serviço, da autorização de internamento hospitalar (AIH) e ao atendimento de média complexidade.
Habilitação do Município à Condição de Gestão Plena do Sistema – NOAS-SUS 01/2002	Ata da 8ª Reunião Ordinária do CMS	04/08/2004	VCA está em Gestão Plena do Sistema desde outubro de 1999, e essa condição foi habilitada nos termos da Norma Operacional Básica – NOB SUS 01/96.
Reestruturação do Controle Social	Ata da 4ª Reunião Ordinária do CMS	06/04/2005	A proposta é que o Núcleo de Controle Social, o CMS e o Controle Social possam se articular de forma interativa com a Coordenação de Mobilização Social da Secretaria de Governo. É preciso garantir o Controle Social do Sistema e a Participação Popular .

Fonte: Levantamento de dados da pesquisa (2011)

Quadro 10 – Gestão Participativa

TEMAS EM DEBATE	MATERIAL ANALISADO	DATAS	DESCRIÇÕES
Plano Plurianual Participativo (PPA)	Ata da 1ª Reunião extraordinária do CMS	22/08/2005	A cada ano há um amadurecimento de novas idéias, e certamente esse PPA não deixará a desejar em nenhum lugar do país. Os componentes da Participação, do Controle Social , da qualificação e humanização são contemplados e é o que o Ministério está tentando incentivar. O PPA é construído com representação popular e de seus conselhos, deixa mais claro para a população o que está programado para os quatro anos, e ao trabalhar o orçamento participativo, o município não vai correr risco de estar tendo propostas que não cabem dentro do orçamento ou que não estejam dentro do PPA.
Espaço físico para o CMS	Ata da 5ª Reunião Ordinária do CMS	04/05/2006	Há muito tempo vem se falando numa sede para o Conselho e até hoje não se fez nada [...]
Esclarecimentos sobre o Pacto de Gestão	Ata da 6ª Reunião Extraordinária do CMS	18/07/2007	Até o ano de 2006, os municípios para serem responsáveis por todos os serviços, eles teriam que se habilitar na Gestão Plena, como é o caso de VCA, habilitado em 1999. A partir de 2004, todos os municípios tinham que se responsabilizar pelo serviço de AB, não existindo mais Gestão Plena de AB.
Descentralização da marcação de consultas para cinco unidades de saúde	Ata da 11ª Reunião Ordinária do CMS	07/01/2007	A marcação será através do sistema virtual, facilitando respostas ao usuário, garantindo melhor atendimento e mais conforto ao mesmo.
Mudança de composição do CMS	Ata da 1ª Reunião Ordinária do CMS	06/01/2010	O projeto de adequação do CMS às normas da Resolução 333 tramita na Procuradoria Jurídica.
Apresentação do Plano Municipal de saúde 2010-2013	Ata da 3ª Reunião Ordinária do CMS	03/03/2010	Elaborado pelos profissionais da SMS e representantes do CMS, apresenta como objetivo, intenções e resultados a serem buscados no período de 2010-2013, expressos em objetivos, diretrizes, ações programáticas e metas. O surgimento do plano foi a partir de instrumentos jurídico-legais que regulamentam os princípios do financiamento do SUS: Universalidade, Equidade, Integralidade, Descentralização, Hierarquização e Participação Popular .
Apresentação do Plano de Ações e Metas (PAM) 2010 do CR-DST/AIDS	Ata da 4ª reunião ordinária do CMS	14/04/2010	Ações propostas: 1- desenvolver oito ações estratégicas de comunicação integrada do que se relaciona às DSTs/HIV/AIDS; 2- ampliar em 20% o número de instituições da área de saúde e outras instituições governamentais e não governamentais para distribuir insumos de prevenção; 3- realizar quatro projetos com ações estratégicas de prevenção e diagnósticos precoces das DSTs voltadas para a população de maior vulnerabilidade; 4- implantar o serviço de proteção nas escolas (SPE); 5- desenvolver quatro ações estratégicas para redução de danos frente às DSTs/AIDS; 6- realizar três ações estratégicas para aumentar o percentual de parceiros tratados concomitantemente com gestantes com sífilis.

Fonte: Levantamento de dados da pesquisa (2011)

4.2.6 Projetos, Programas, Convênios e Campanhas de Saúde

Os projetos, programas, convênios e campanhas, conforme O quadro 11, desenvolvidos na área de saúde do Município são realizados em parceria com o Ministério da Saúde, que é o órgão regulamentador das propostas a serem implementadas em nível nacional. No nível municipal, o CMS é órgão normativo e deliberativo que regula e controla as propostas de iniciativa da SMS.

Segundo a Resolução nº 333 é de responsabilidade do Conselho “deliberar sobre os programas de saúde e aprovar projetos para apreciação do 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” (BRASIL, 2003, p.9)

O projeto de aperfeiçoamento profissional em odontologia tornou VCA pioneira em Saúde Bucal, sendo esta uma das primeiras iniciativas tomadas no campo da saúde que ainda hoje funciona com atendimento especializado à população. Esta foi uma iniciativa firmada entre a UESB, ABO e SMS, ficando a cargo da UESB, a construção e o mobiliário do local, a ABO ficou responsável por seis gabinetes odontológicos e alguns equipamentos, e a SMS com dois gabinetes e alguns equipamentos, além de fornecer os profissionais de segunda a quinta-feira. De sexta-feira a domingo funcionaria a Escola de Aperfeiçoamento em Odontologia [...], sendo reservadas duas vagas em cada curso oferecido, para profissionais da Rede Municipal de Saúde.

O Plano Municipal de Combate às carências nutricionais foi implantado com o objetivo de reduzir e controlar a desnutrição infantil em geral e as carências nutricionais específicas, principalmente a anemia ferropriva e a hipovitaminose A, e incentivar o aleitamento materno.

As ações de combate ao câncer de colo de útero, até 1996 ocorriam de forma isolada, de iniciativa de alguns estados e municípios. A partir de 1997, coube ao MS implantar o programa que elegeu o Instituto Nacional do Câncer (INCA) para coordenar o projeto piloto denominado “Viva Mulher” (Brasil, 2001). O município vem prestando atendimento à mulher desde então, com ações voltadas para os três níveis de atendimento (primário, secundário e terciário).

O projeto QualiSUS, busca uma aproximação do sistema de saúde com a qualidade do serviço prestado ao usuário, ou seja, trata-se de avaliar

qualitativamente as práticas de assistência e gestão, além de proporcionar uma maior aproximação entre usuário e trabalhadores. Implantado pelo MS desde 2003, tem sido usado no município de VCA, especialmente na Maternidade do Hospital Esaú Matos, onde as parturientes são acolhidas, orientadas e encaminhadas ao parto dentro de uma atmosfera de harmonia e aceitação natural.

Quanto aos projetos para aprovação do orçamento participativo em 2004, trata-se de uma série de projetos apresentados e discutidos com a gestão participativa, destinados à construção de postinhos na zona rural, que serviriam de ponto de apoio para o atendimento; ampliação do Hospital Esaú Matos (HEM); construção da policlínica de atenção especializada; especialização em saúde mental; indústria farmacêutica; centro municipal de reabilitação física (CEMERF). Esse projeto surgiu em Porto Alegre, em 1989, movido por discussões populares após a promulgação da Constituição de 1988 e a criação dos conselhos setoriais como espaços de controle social.

O projeto de atenção à saúde da população em situação de urgência, violência e outras causas externas, tinha o objetivo de diminuir os índices de violência, inicialmente no Bairro Pedrinhas, por ser considerado o local mais violento da cidade; serviria de projeto piloto e posteriormente seria estendido a todo o município. A proposta deste projeto visa atrair melhoras para outras repartições públicas que juntas possam efetivar ações de contenção à violência como a UFS, a escola e a creche do bairro, beneficiando também o Centro de Atendimento Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS AD). Os dados mostram que o aterro sanitário em 2007 ainda era um projeto inacabado. Conforme os documentos analisados, desde o ano de 2000 já haviam discussões nas plenárias do CMS sobre este projeto.

A Escola de Formação e Saúde da Família foi implantada com o objetivo de qualificar profissionais para atuar na Estratégia de Saúde da Família, teve aprovação para sua construção com recursos financiados pelo BNDES que fez exigência de uma proposta pedagógica voltada para formação e capacitação permanente dos profissionais do Município e da Região.

O Programa Pacto pela Vida, instituído no ano de 2006, tinha como prioridade a atenção à saúde do idoso, da criança e da mulher, visava diminuir os internamentos por fratura de fêmur em 27%; ampliar em 80% o número de exames

preventivos contra o câncer de mama; e reduzir em 29% a mortalidade infantil, dentre outros.

O projeto de criação de quatro unidades de pronto atendimento foi elaborado visando atender à população dos bairros periféricos, com medida para conter as crescentes demandas das urgências/emergências dos hospitais, mas até o momento não existe na cidade nenhuma unidade em funcionamento.

Apesar de a Resolução nº 333 ter sido promulgada em 2003, somente depois de sete anos, o Conselho organiza uma comissão para avaliar o projeto de Lei formulado para alterar a estrutura e funcionamento do CMS, e apenas no ano de 2011 foi baixado o decreto com a nova composição.

Para a prevenção contra a dengue foi criado o Projeto de Práticas Fitoterápicas, que empregava o “cravo de defunto”, planta popularmente conhecida que age como repelente natural contra o mosquito da dengue e o chá de suas folhas é usado no tratamento de pessoas acometidas pelo mosquito.

Outros Projetos, Programas, Convênios e Campanhas de Saúde podem ser acompanhados no Apêndice H.

Quadro 11 – Projetos, Programas, Convênios e Campanhas de Saúde

VARIÁVEIS DE INFERÊNCIA	MATERIAL ANALISADO	DATAS	DESCRIÇÕES/INTERPRETAÇÕES
Aperfeiçoamento profissional em odontologia	Ata da 2ª Reunião Ordinária do CMS	08/02/2000	Parceria entre UESB, ABO e SMS que dará grandes contribuições a área de Saúde do Município.
Combate às carências nutricionais	Ata da 8ª Reunião Ordinária do CMS	22/08/2000	Reduzir o índice de desnutrição infantil, de hipovitaminose A e anemia ferropriva.
VCA pioneira em Saúde Bucal	Ata da 4ª Reunião Ordinária do CMS	24/04/2001	Convênio firmado entre ABO, UESB e Prefeitura para formar escola de aperfeiçoamento profissional – adiado para 2002.
Campanha de Controle do Câncer Cérvico Uterino	Ata da 3ª Reunião Ordinária do CMS	13/05/2002	Meta: 6.408 exames; Realizados: 7.139. 1ª etapa da campanha: coleta de material cérvico; 2ª etapa da campanha: resultados e tratamentos.
Implantação da Escola de Formação e Saúde da Família	Ata da 1ª Reunião Ordinária do CMS	08/01/2003	Aprovação do projeto físico de implantação pelo BNDES que solicita proposta pedagógica: formar, capacitar e promover a capacitação permanente aos profissionais do Município e da região.
Lançamento do QualiSUS pelo MS	Ata da 1ª Reunião Extraordinária do CMS	24/04/2004	Dentro desse projeto haverá o HumanizaSUS, onde o MS irá trabalhar com premiação para experiências exitosas.
Projeto de construção de postinhos na zona rural	Ata da 6ª Reunião ordinária do CMS	30/06/2004	A proposta do orçamento participativo foi de construção de sete postinhos, mas como houve o corte de 20% no valor do recurso, só serão construídos cinco. Estes funcionarão como ponto de apoio para a equipe atender, já que o atendimento costuma ser na casa do agente, na igreja, ou na escola.
Projetos encaminhados para aprovação do Orçamento Participativo em 2004	Ata da 7ª Reunião Ordinária do CMS	14/07/2004	Ampliação do Esaú Matos e Santa Casa; implantação dos postinhos da zona rural e postos dos distritos sedes; construção da Policlínica de Atenção Especializada; especialização em Saúde Mental; indústria farmacêutica, Centro Municipal de Reabilitação Física (CEMERF).
Aterro sanitário	Ata da 1ª Reunião Extraordinária do CMS	31/01/2007	Ainda não concluíram as obras, ainda tem recurso a receber. O pessoal está trabalhando paralelo com o Programa de Educação Sanitária Ambiental.

Fonte: Levantamento de dados da pesquisa (2011)

Quadro 11 – Projetos, Programas, Convênios e Campanhas de Saúde

TEMAS EM DEBATE	MATERIAL ANALISADO	DATAS	DESCRIÇÕES
Projeto de atenção à Saúde da População em Situação de Urgência, Violência e Outras Causas Externas	Ata da 3ª Reunião ordinária do CMS	14/03/2007	Projeto de apoio a centros colaboradores de combate à violência no Bairro Pedrinhas. Inicialmente deveria contemplar o Bairro Pedrinhas e posteriormente seria implantado numa área mais central para atender a um maior número de bairros na cidade. O convênio contempla também equipamentos para a Unidade de Saúde da Família, para a escola e a creche do bairro e para o Centro de Atendimento Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS AD). Projeto piloto que poderá ser desenvolvido em todo o Município. Esse projeto junto ao MS tem o nome de Implantação de um Centro Colaborador na questão do enfrentamento da violência.
Programa Pacto pela Vida	Ata da 5ª Reunião Ordinária do CMS	19/05/2008	Priorizando a atenção à saúde do idoso, da criança, da mulher, ou seja, qualidade de vida para toda a população, fortalecendo a saúde preventiva, com prioridades para internação de pessoas idosas por fratura do fêmur, com meta de 27% para 2008; para controle do câncer de mama, ampliando para 80% do exame preventivo; redução de 29% da mortalidade infantil; redução de 75% dos óbitos de mulheres em idade fértil; redução em 6,1% para mortalidade pós-neonatal; e as doenças emergentes e endemias a zero%; avançar 85% na cura para tuberculose; cura para hanseníase em 91%, em 2008.
Elaboração do projeto para implantação de quatro unidades de PA	Ata da 12ª Reunião Ordinária do CMS	19/12/2008	Projeto que garantirá o atendimento de urgência e emergência, tendo como base o Hospital de Base.
Discussão do Projeto de Lei que altera a estrutura e funcionamento do CMS	Ata da 2ª Reunião Extraordinária do CMS	28/03/2010	De acordo com as diretrizes da Resolução 333 do CNS, foi eleita uma comissão para avaliação do projeto.
Práticas fitoterápicas de prevenção contra a dengue	Ata da 5ª Reunião Ordinária do CMS	04/05/2011	Planta popularmente chamada “cravo de defunto”, chamada hoje de “flor da vitória”. Essa planta age como repelente natural contra o mosquito da dengue, e o chá de suas folhas serve para tratamento das pessoas acometidas pelo mosquito.

Fonte: Levantamento de dados da pesquisa (2011)

4.2.7 Homenagens e Premiações

As homenagens e premiações dedicadas ao CMS e ou Município, se devem a atuação destes no cenário do campo da Saúde que teve início na década de 1990, com a implantação do Sistema de Saúde. Com a implantação do PSF, o Município começou a ganhar impulso para liderar muitas conquistas na área da Saúde, inclusive com o reconhecimento do MS, Revistas de repercussão nacional, Conferências de Saúde e outros eventos que elevaram o conceito do CMS a Melhor Conselho Municipal de Saúde do País.

De fato, os ganhos são muitos, as expectativas por uma saúde que atenda aos princípios e diretrizes da Política de Saúde ainda são grandes, tendo em vista os diversos problemas e dificuldades enfrentadas, levando-se em consideração o crescimento populacional do Município nos últimos anos, o que tem dificultado o acesso e a ampliação dos serviços.

Vitória da Conquista foi homenageado com Moção Honrosa em 2001, na categoria de Melhores Experiências Municipais de saúde no Brasil. Em 2003, o município foi novamente premiado pelo mesmo motivo com participação no Centenário da Organização Pan Americana de Saúde (OPAS), recebendo destaque para os Programas de DST/AIDS e o de Saúde da Família.

Em 2003, o Hospital Municipal Esaú Matos foi premiado como “Hospital Amigo da Criança”, pelo MS, OPAS e UNICEF. Novamente, em 2004, esta Instituição foi homenageada em Brasília, pela participação no prêmio Fernando Figueiras.

O Município recebeu em 2006 o prêmio de 1º Lugar na categoria nacional de experiências Bem Sucedidas de Controle Social no SUS. Ainda neste ano o Município recebe o prêmio de moção Honrosa de Saúde Bucal, pelo Programa Brasil Sorridente. Este prêmio foi novamente dedicado ao Município no ano de 2010 pelo Conselho Federal de Odontologia.

Considerado como um dos dez municípios mais dinâmicos do Brasil, VCA recebe prêmio de reconhecimento nacional pelos trabalhos realizados e o Laboratório Central é contemplado com o título de excelência pela qualidade dos exames realizados. Outras homenagens e premiações no Apêndice I.

Quadro 12 – Homenagens e Premiações

VARIÁVEIS DE INFERÊNCIA	MATERIAL ANALISADO	DATAS	DESCRIÇÕES/INTERPRETAÇÕES
VCA recebe Moção Honrosa	Ata da 1ª Reunião Ordinária do CMS	17/01/2001	Premiação das melhores experiências municipais de saúde no Brasil.
Participação do Município no Centenário da Organização Pan Americana de Saúde OPAS	Ata da 1ª Reunião Ordinária do CMS	08/01/2003	Foram premiados os Programas de DST/AIDS e o de Saúde da Família como experiências bem sucedidas no Brasil, estando entre as doze experiências premiadas no País.
O Hospital Esaú Matos é premiado	Ata da 2ª Reunião Ordinária do CMS	12/03/2003	O Ministro da Saúde, o presidente da OPAS e o representante da UNICEF no Brasil entregam o prêmio da OPAS ao Hospital Esaú Matos como Hospital Amigo da Criança.
Hospital Esaú Matos (HEM) é homenageado	Ata da 12ª Reunião Ordinária do CMS	01/12/2004	O HEM recebe homenagem pela participação no prêmio Fernando Figueiras, em Brasília.
VCA recebe prêmio nacional de Experiências bem sucedidas de Controle Social no SUS	Ata da 4ª Reunião Ordinária do CMS	05/04/2006	VCA ficou em 1º lugar e recebe como prêmio um computador com impressora e um notebook. Quarenta e dois municípios concorreram ao prêmio que servirá para potencializar as ações do Conselho.
Prêmio de Moção Honrosa de Saúde Bucal – Brasil Sorridente	Ata da 4ª Reunião Ordinária do CMS	05/04/2006	Prêmio entregue pelo Conselho Federal de Odontologia em 19/05/06 no Rio de Janeiro.
VCA recebe prêmio	Ata da 6ª reunião Ordinária do CMS	11/06/2008	Considerado um entre os dez mais dinâmicos socialmente, dos municípios do Brasil.
VCA foi indicado pelo conselho Federal de odontologia a concorrer ao prêmio “Brasil Sorridente”	Ata da 3ª Reunião Ordinária do CMS	03/03/2010	Dentre todos os municípios baianos, apenas Lauro de Freitas e VCA foram indicados ao prêmio.
O Melhor Conselho de Saúde	Ata da 12ª Reunião Ordinária do CMS	21/12/10	Foi premiado em Salvador como o Melhor Conselho Municipal de Saúde do país.
Título de Excelência para o Laboratório Central	Ata da 1ª Reunião Ordinária do CMS	12/01/2011	O Laboratório Central recebeu o título de excelência na qualidade de dezesseis exames que foram avaliados.

Fonte: Levantamento de dados da pesquisa (2011)

5 CONCLUSÃO

Hoje se observa um descompasso entre a concepção tradicional da cidadania e a capacidade do Estado para promover a equidade e garantir a universalidade de direitos já cristalizados. Em sua trajetória histórica, cada sociedade incorpora o reconhecimento de determinados riscos sociais e igualdades desejáveis, exigindo que o Estado assuma a responsabilidade pela sua defesa e proteção. Tais processos constituem sistemas de proteção social com maior ou menor abrangência, mas dinâmicos, estando na maior parte do tempo em construção ou em reforma.

Assim, as ações articuladas na área da saúde no município de VCA, sob o controle do Conselho Municipal de Saúde, foram implementadas com foco nas conquistas desencadeadas ainda pelos movimentos sociais pós-constituintes, que após implantação dos conselhos tomaram forma e força para universalizar o atendimento, equalizar as desigualdades e integrar a assistência. Nesse contexto, o CMS se destaca como colegiado deliberativo das inúmeras ações de iniciativa da Secretaria Municipal de Saúde que vem contribuindo para o efetivo exercício da participação nas ações de saúde.

Os dados analisados demonstram que no período estudado, o CMS desempenhou ainda que, com relativa autonomia, as suas atribuições enquanto arena permanente, fiscalizadora e deliberativa das propostas sugeridas tanto de iniciativa da SMS, quanto do Ministério da Saúde. Embora seja perceptível ainda, a escassez de recursos tanto orçamentários, quanto humanos para que muitas dessas ações continuem sendo executadas e outras possam ser definitivamente implementadas.

Dessa forma, foi possível concluir que os conselhos de saúde, em todo o território nacional enfrentam dificuldades para exercer o controle social, devido a falta de autonomia, principalmente com relação a recursos e infra-estrutura; as influências políticas e partidárias, além das restritas formas de comunicação com a sociedade são, dentre outras, formas que limitam o poder de atuação dos conselhos.

Além do referencial teórico, que fundamentou todo o trabalho, foi realizada a pesquisa empírica que possibilitou conhecer mais de perto, os atores participantes do processo do controle social e permitiu em um primeiro momento, avaliar o perfil dos conselheiros, integrantes do CMS, buscando conhecer além de suas

características sociodemográficas, as suas habilidades, conhecimentos e percepções sobre o sistema público de saúde e do processo de participação para o exercício do controle social.

Na avaliação Sociodemográfica foram encontrados os seguintes resultados: 54% dos entrevistados do sexo feminino e 46% do sexo masculino; 46% solteiros e 54% casados. O grau de escolaridade aparece com 69,2% dos participantes com nível superior e 38,5% são profissionais enfermeiros. Com relação ao relacionamento com o SUS, 30,8% referem ser contemplados. O controle social e a participação cidadã despontam com 92,3% dos participantes que referem a esta, como uma das principais atribuições do Conselho.

A saúde como um todo obteve resultados positivos desde a redemocratização política e social do país; dessa forma, o setor saúde ganha uma nova dimensão e os números apontam para esse fato: 38,5% sinalizam que os novos ganhos nessa nova conjuntura da saúde, com mudança do modelo de assistência tem obtido ganhos consideráveis; os procedimentos odontológicos em crianças também despontam como um dos maiores ganhos, fato que, aliado ao Programa Brasil Sorridente que vem atuando no município nas especialidades de periodontia, cirurgia oral, endodontia, prótese dentária, ortodontia, entre outras.

Dos treze entrevistados, nove referem ser “comprometidos”, definindo assim a sua participação junto ao Conselho. Segundo os participantes, a maior conquista da saúde no município se deve ao fortalecimento da capacidade de resposta às doenças emergentes e endemias. Apresentar as dificuldades do serviço e propor mudanças aparece majoritariamente com 85% dos entrevistados, como a competência mais marcante do Conselho. Isso significa que, os conselheiros atuam como mediadores entre a sociedade e o poder gestor, sendo deste último, a responsabilidade pelas decisões tomadas.

Os indicadores de saúde da atenção básica funcionam como um termômetro para avaliação do sistema de saúde pública do município, infelizmente, um percentual de 30,8% dos conselheiros apresentam desconhecimento sobre os indicadores, inclusive sob a alegação de não ter atuação direta sobre estes, quando na verdade esta seria mais uma atribuição legal do Conselho: acompanhar e fiscalizar os índices de saúde do Município, para propor mudanças e estratégias para as correções e implementações de ações.

A proposta de uma agenda comum cria expectativas considerando que esta seja um instrumento regulador das ações desenvolvidas no município, levando-se em consideração as particularidades de cada local. Constata-se que a Secretaria Municipal de Saúde juntamente com o CMS, elabora o Plano Municipal de Saúde, estabelecendo metas, objetivos e ações programadas para o alcance dessas metas, com revisão das propostas anuais estabelecidas.

Os resultados obtidos da análise documental estão apresentados em sete eixos temáticos, construídos a partir da análise dos documentos (atas do CMS e Plano Municipal de Saúde 2010-2013). Após a leitura exaustiva desse material, foram agrupados os pontos similares, conforme análise de conteúdo proposta na metodologia; as ações encontradas foram postas em quadros constantes no corpo do trabalho e nos apêndices, onde foram abordadas as temáticas: capacitação e aperfeiçoamento de conselheiros; mobilização, participação e controle social; atendimento de urgência/emergência e laboratorial; ampliação dos serviços; gestão participativa, projetos, programas, convênios e campanhas de saúde; homenagens e premiações.

Inicialmente foi discutida a questão da capacitação e aperfeiçoamento de conselheiros, pela qual todos os conselheiros devem passar, porque é nesse contexto que o conselheiro compreende o significado da participação e do controle social, conhece seus potenciais e suas fragilidades, reconhecendo o seu papel como integrante do Conselho e representante de uma sociedade, favorecendo o processo de construção do SUS e do sistema de saúde local.

A temática mobilização popular, participação e controle social é a que dá respostas ao problema desta pesquisa, visto que, é através das manifestações que as pessoas se organizam para a construção de grupos institucionalizados, nesse caso específico – os conselhos de saúde – que são órgãos permanentes e deliberativos, mediadores das propostas da sociedade e a efetiva implementação daquelas junto aos colegiados gestores.

Nesse contexto, o município de VCA foi o primeiro do interior do Brasil a ser contemplado com o SAMU 192, sendo esta uma grande ação de saúde desenvolvida no município, que vem recebendo homenagens e premiações pela qualidade do serviço que vem desempenhando desde a sua implantação em 2004. Outro serviço que merece uma atenção especial é o do Laboratório Central, que tem prestado à sociedade um grande e valioso trabalho na realização de exames,

inclusive especiais como os exames diagnósticos de dengue e hepatites, dentre outros.

O município avançou no campo da saúde quando aderiu ao sistema de gestão plena de saúde e implantou os primeiros Programas de Saúde da Família que posteriormente passaram a ser chamados de Estratégias de Saúde da Família. Esta nova forma de fazer saúde tem contribuído para melhorar os indicadores de saúde do município e tratar o paciente de forma integral e humanizada. Além disso, a AB ganhou assistência odontológica, com equipes de saúde bucal efetivando as ações propostas pelo MS como o Programa Brasil Sorridente e atraindo novos cursos de especialização e qualificação para os profissionais odontólogos.

O Plano Municipal de Saúde considerado como uma ferramenta “da Gestão Participativa” para definição das prioridades de saúde do município, por meio do qual as metas são estabelecidas para o alcance no período de quatro anos. Além disso, a ouvidoria foi implantada para possibilitar aos usuários fazer reclamações e sugestões, de forma que estas cheguem até os órgãos competentes. Outro aspecto importante a ser considerado é a descentralização da marcação de consultas e exames que foi ampliada para além da central de marcação, para outras unidades de saúde, com objetivo de facilitar o acesso dos usuários aos serviços e procedimentos de saúde, embora atualmente sejam discutidas nas reuniões do Conselho as diversas falhas do sistema, especialmente quanto ao tempo de resposta para realizar exames e procedimentos, quanto para encaminhar resultados.

O conselho começa a se articular para adequar o controle social às normas da Resolução 333, e embora as discussões tenham se iniciado em 2003, somente no ano de 2011, o conselho foi definitivamente reestruturado.

As diversas homenagens e premiações recebidas demonstram que o conselho esteve presente em todos os momentos de reconhecimento pelos trabalhos realizados no campo da saúde, levando o Conselho no ano de 2010, ao título de “Melhor Conselho de Saúde do País”.

Enfim, cabe sugerir, como proposta ação a ser implementada pelo CMS, a adoção de uma agenda comum a todos os conselhos (CMS e CLS) e que futuramente esta possa ser como tantas outras, uma ação adotada em nível nacional.

REFERÊNCIAS

BACELAR, Tânia. As Políticas Públicas no Brasil: heranças, tendências e desafios. In: SANTOS, J. O. A. et al. **Políticas Públicas e Gestão Local: programa interdisciplinar de capacitação de conselheiros municipais**. Rio de Janeiro: FASE, 2003. Encontrado também em: <http://www4.fct.unesp.br/>.

BARDIN, Laurence. **Análise de Conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2011.

BERTOLOZZI, Maria Rita; GRECO, R. M. As Políticas de Saúde no Brasil: reconstrução histórica e perspectivas atuais. **Rev.Esc.Enf.USP**. v.30, n.3, p.380-98, dez. 1996.

BRASIL. **Lei 8.142 de 28 de dezembro de 1990**. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis. Acesso em 26 out. 2011.

BRASIL. **Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990**. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis. Acesso em 26 out. 2011.

Brasil. Ministério da Saúde. **12.^a Conferência Nacional de Saúde: Conferência Sergio Arouca: Brasília, 7 a 11 de dezembro de 2003**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. Disponível também em: <http://www.portal.saude.gov.br>.

Brasil. Ministério da Saúde. **A Política de Saúde no Brasil nos anos 90: avanços e limites**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002^b.

Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Coletânea de comunicação e informação em saúde para o exercício do controle social**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006^c. Disponível também em: <http://www.conselho.saude.gov.br>.

Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Diretrizes nacionais para capacitação de conselheiros de saúde**. 1. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2002^a.

Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Diretrizes nacionais para o processo de educação permanente no controle social do SUS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006^d.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 333, de 4 de novembro de 2003**. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. 4. Ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2007^a.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. **Conhecimento em gestão participativa: relatório e pesquisas**. Brasília: Ministério da Saúde, 2007^b. Disponível também em: <http://www.saude.gov.br/bvs>.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **A Construção do SUS: histórias da Reforma Sanitária e do processo participativo**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006^a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. **Controle do Câncer do Colo Uterino**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001. Disponível também em: www.bvsmms.saude.gov.br. Acesso em 07 jul. 2012.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. Coordenação-Geral de Apoio à Gestão Descentralizada. **Diretrizes operacionais dos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006^b. disponível também em: <http://www.saude.gov.br/bvs>

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Subsecretaria de Planejamento e Orçamento. **Sistema de Planejamento do SUS: uma construção coletiva: organização e funcionamento**. 3. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

CARDOSO JR., José Celso. **Estado, Planejamento e políticas públicas: o Brasil em desenvolvimento**. Disponível em: <http://criseoportunidade.wordpress.com/2009/08/25/>. Acesso em 13 set. 2010.

CASTRO, Jorge Abrahão de. Política Social: alguns aspectos relevantes para discussão. In: UNESCO. **Concepção e gestão da proteção social não contributiva no Brasil**. Brasília: Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, UNESCO, 2009. P. 86-131.

CHIZZOTTI, Antônio. **Pesquisa em Ciências Humanas Sociais**. 3 ed. São Paulo: Cortez, 1998.

DAGNINO, Renato et al. **Gestão Estratégica da Inovação: metodologias para análise e implementação**. Taubaté: Cabral Universitária, 2002.

DATASUS. **Banco de dados do Sistema Único de Saúde**. Notícias, produtos e serviços, dados sobre a saúde do Brasil. Disponível em: <http://www.datasus.gov.br/>

DRAIBE, Sônia. **A política social no período FHC e o sistema de proteção social**. São Paulo: Tempo Social – USP, 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ts/v15n2/a04v15n2.pdf>. Acesso em: 02 out. 2010.

DURIGUETO, Lucia Maria; DEBÓRTOLI, Débora; SILVA, Ísis. Descentralização Administrativa, Políticas Públicas e Participação Popular. **Serviço social & sociedade**. n.96, 2008.

SCOREL, Sara; NASCIMENTO, Dilene Raimundo do Nascimento; EDLER, Flávio Coelho. As origens da Reforma sanitária e do SUS. In: LIMA, Nízia Trindade. **Saúde e Democracia: história e perspectivas do SUS**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005.

FLEXOR, Georges; LEITE, Sergio Pereira. **Análise de Políticas Públicas: breves considerações teórico-metodológicas.** 2006. Disponível em: <http://www.sep.org.br/artigo/>.

GABARDO, R. M.; JUNGES, J. R.; SELLI, L. Arranjos Familiares e Implicações à Saúde na Visão dos Profissionais do Programa Saúde da Família. **Rev. Saúde Pública** 2009; 43 (1):91-7.

GIL, Antônio Carlos. **Métodos e Técnicas de Pesquisa Social.** 4. ed. São Paulo: Atlas, 1994.

GOHN, Maria da Glória. **Sociedade Civil no Brasil: movimentos sociais e ONGs.** 2004. Disponível também em: <http://www.ucentral.edu.com.br>. Acesso em 09 ago 2010.

GOUVEIA, Roberto; PALMA, José João. **SUS: na contramão do neoliberalismo e da exclusão social.** **Est. av.** vol.13 no 35. São Paulo, 1999. Disponível em: <http://www.scielo.br>. Acesso em 15 de nov. 2010.

IANNI, Otávio. **Estado e Planejamento Econômico no Brasil (1930-1970).** 3. ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira S.A. 1979

IBGE – **Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística.** Histórico – Vitória da Conquista. Disponível em www.ibge.gov.br/cidade/. Acesso em 26 abr. 2012.

IVO, Anete. **Governabilidade e governança na América Latina: teses e paradoxos.** In: VII Congreso Internacional del CLAD sobre la Reforma del Estado y de la Administración Pública, Lisboa, Portugal, 8-11 Oct. 2002.

LABRA, E. Maria. Conselhos de Saúde: dilemas, avanços e desafios. In: LIMA, Nízia Trindade. **Saúde e Democracia: história e perspectivas do SUS.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005.

MENDONCA, Lenise. **O Ajuste Neoliberal na Política de Saúde Brasileira.** 2008 Disponível em: <http://www.webartigos.com>. Acesso em 20 de set. 2010.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O Desafio do Conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde.** 10. ed. São Paulo: Hucitec, 2007.

NOGUEIRA, Marco Aurélio. Sociedade civil, entre o político-estatal e o universo gerencial. In. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, vol. 18, no. 52. São Paulo: Junho 2003. Encontrado Também em: <http://www.scielo.br/>.

NORONHA, de C. José; SOARES, T. Laura. A Política de Saúde no Brasil nos anos 90. **Cienc. saúde coletiva** vol.6 no.2 São Paulo 2001. Disponível em: <http://www.scielo.br>. Acesso em 12 de out. 2010.

OLIVEIRA, Francisco de. Política numa era de indeterminação: opacidade e reencantamento. In: OLIVEIRA, Francisco de e RIZEK, Cibele Saliba. **A era da indeterminação.** São Paulo: Bomtempo, 2007. P. 15-45.

PAIM, J. S. Modelos de Atenção e Vigilância da Saúde. In: ROUQUAYROL, M. Z.; ALMEIDA FILHO, n. (org). **Epidemiologia & Saúde**. 6. Ed. Rio de Janeiro: Medsi, 2003. Cap. 20, p. 587-603

POLIGNANO, M. Vinícius. **História das Políticas de Saúde no Brasil: uma pequena revisão**. 1997 Disponível em: [http:// www.saude.mt.gov.br](http://www.saude.mt.gov.br). Acesso em 21 mai. 2011.

RANCIÈRE, Jacques. **O Desentendimento. Política e Filosofia**. São Paulo: Ed. 34, 1996.

SALVADOR, Evilásio. **Fundo Público e Seguridade no Brasil**. São Paulo: Cortez, 2010.

SANTOS, Boaventura de Souza. **A gramática do tempo: para uma nova cultura política**. 2ª Ed. São Paulo: Cortez, 2008. P.277-376.

SILVEIRA, L. Roberto. **Atenção de Média Complexidade à Saúde**. Disponível em: <http://www.robortolazarosilveira.com.br>. Acesso em: 15 set. 2012

SOLLA, J. J. S. Pereira. **Dilemas e Desafios da Gestão Municipal do SUS: avaliação da implantação do Sistema Municipal em Vitória da Conquista**. São Paulo: Hucitec, 2010.

STRALEN, C. J. Van ET AL. **Conselhos de Saúde: efetividade do controle social em municípios de Goiás e Mato Grosso do Sul**. Ciências & Saúde Coletiva, 11(3):621-632, 2006.

TEXEIRA, S. Fleury. **Reforma Sanitária: em busca de uma teoria**. 2. ed. São Paulo: Cortez, 1995.

TRIVIÑOS, Augusto N.S. **Introdução à pesquisa em Ciências Sociais: a pesquisa qualitativa em educação**. 1. ed. São Paulo: Atlas, 2007.

VITÓRIA DA CONQUISTA. Secretaria Municipal de Saúde. Conselho Municipal de Saúde. **Lei nº 1.722/2010**. Vitória da Conquista, 2010.

VITÓRIA DA CONQUISTA. Secretaria Municipal de Saúde. Conselho Municipal de Saúde. **Regimento Interno dos Conselhos Locais de Saúde de Vitória da Conquista**. Vitória da Conquista, 2008.

VITÓRIA DA CONQUISTA. Secretaria Municipal de Saúde. **Plano Municipal de Saúde 2010-2013**. Vitória da Conquista, 2009.

WOLFF, Francis. **A invenção da política**. In. NOVAES, Adauto (Org.). A crise do Estado-Nação. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2003. P. 23-54.

XIMENES, Sérgio. **Minidicionário da Língua Portuguesa**. 2. ed. São Paulo: Ediouro, 2000.

APÊNDICES

APÊNDICE A – CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO

UNIVERSIDADE DO ESTADO DA BAHIA- UNEB – CAMPUS I
DEPARTAMENTO DE CIÊNCIAS HUMANAS
DISCENTE: WILSON MOURA SILVA FILHO
ORIENTADORA: MARIA DE FÁTIMA HANAQUE CAMPOS

Segundo a Resolução nº 196 de 10 de outubro de 1996 do Conselho Nacional de Saúde, esta pesquisa não oferece risco para os sujeitos em estudo. Estes terão seu anonimato garantido conforme sigilo acordado entre pesquisador e pesquisado, no referente à divulgação de nomes, protegendo assim sua imagem. Serão respeitados os seus valores culturais, sociais, morais e religiosos, ante ao consentimento dos sujeitos a participarem das entrevistas, a visita ao local determinado pelo mesmo e os instrumentos utilizados para a entrevista. Terão livre acesso aos resultados, podendo afastar-se da pesquisa no momento que desejar, sem prejuízos de qualquer ordem.

Por isso, mediante os esclarecimentos referidos sobre a pesquisa e sua importância, e assegurados o respeito às questões éticas, autorizo o desenvolvimento da pesquisa (“Participação Popular e Controle Social na Saúde: um potencial indutor de transformações na atenção básica do município de Vitória da Conquista”), com aplicação dos instrumentos de coleta de dados no referido campo de pesquisa, bem como a divulgação dos resultados em eventos como: Congressos, Simpósios, Seminários e publicações destes em periódicos, revistas científicas, livros resumo e artigos. Se necessário, a divulgação de fotos sem identificação dos sujeitos participantes da pesquisa.

Data ____/____/____

ASSINATURA _____ R.G. _____

APÊNDICE B – PARTICIPAÇÃO POPULAR E CONTROLE SOCIAL DO CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DE VITÓRIA DA CONQUISTA



UNIVERSIDADE DO ESTADO DA BAHIA - UNEB
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO STRICTO SENSU EM POLÍTICAS PÚBLICAS,
GESTÃO DO CONHECIMENTO E DESENVOLVIMENTO REGIONAL
DISCENTE: WILSON MOURA SILVA FILHO
ORIENTADORA: MARIA DE FÁTIMA HANAQUE CAMPOS

1- Conhecimento sócio-cultural do participante

Profissão _____

Ocupação _____

Escolaridade _____

Estado civil _____

Sexo _____

Idade _____

2- Os conselheiros cumprem uma agenda de rotinas nas Unidades de Saúde?

() Não

() Sim (especificar atividades)

3- Como os conselheiros se posicionam frente à política nacional de saúde (SUS)?

() Satisfeitos

() Não satisfeitos

() Muito satisfeitos

() Contemplados

() Não contemplados

4- além de atender às reivindicações populares apresentando-as aos gestores locais e ou externos ao município quais seriam as competências mais marcantes dos conselhos?

() Gestão de atendimentos

() Controle social e Participação cidadã

() Gestão de novas propostas/sugestões

() Conciliação entre as partes

() Outros (especificar)

5- Em relação aos indicadores de saúde da Atenção Básica do município de Vitória da Conquista, quais foram os que se destacaram de forma positiva com a atuação dos conselhos?

- () Número absoluto de óbitos em menores de um ano de idade
() Taxa de mortalidade infantil
() Proporção de nascidos vivos com baixo-peso ao nascer
() Proporção de óbitos em menores de um ano de idade por causas mal definidas
() Taxa de internação por infecção respiratória aguda em menores de cinco anos de idade
() Homogeneidade da cobertura vacinal por tetra valente em menores de um ano de idade
() Taxa de mortalidade materna
() Proporção de nascidos vivos de mães com quatro ou mais consultas de pré-natal
() Proporção de óbitos de mulheres em idade fértil investigados
() Razão entre exames citopatológicos cérvico-vaginais em mulheres de 25 a 59 anos e a população feminina nesta faixa etária
() Taxa de internação por acidente vascular cerebral (AVC)
() Taxa de mortalidade por doenças cerebro-vasculares
() Taxa de internação por cetoacidose e coma diabético
() Proporção de abandono do tratamento de tuberculose
() Proporção de abandono do tratamento de hanseníase
() Taxa de detecção de casos de hanseníase
() Cobertura de primeira consulta odontológica
() Razão entre os procedimentos odontológicos coletivos e a população de 0 a 14 anos
() Proporção da população coberta pelo Programa Saúde da Família (PSF)
() Média anual de consultas médicas nas especialidades básicas por habitante
() Não tem conhecimento
() Outros (especificar)
-

6- como definir a sua participação no conselho

- () Neutra
() Amistosa
() Ativa
() Parcial
() Independente
() Dependente
() Comprometida
() Técnica
() Política

7- Qual o poder de atuação do conselho de saúde junto aos gestores locais?

- Exercer influência para que o usuário seja atendido
 - Apenas apresentar propostas e aguardar as deliberações do gestor do município
 - Apresentar propostas do coletivo ao poder local
 - Apresentar as dificuldades do serviço e propor mudanças
 - Outro (especificar)
-

8- Quais foram as principais conquistas do setor de saúde na Atenção Básica após a implantação dos conselhos?

- Atenção à saúde do idoso.
 - Controle do câncer de colo de útero e de mama.
 - Redução da mortalidade infantil e materna.
 - Fortalecimento da capacidade de resposta as doenças emergentes e endemias, com ênfase na dengue, hanseníase, tuberculose, malária, influenza, hepatite, AIDS.
 - Promoção da saúde.
 - Fortalecimento da atenção básica.
 - Saúde do trabalhador.
 - Saúde mental.
 - Fortalecimento da capacidade de resposta do sistema de saúde às pessoas com deficiência.
 - Atenção integral às pessoas em situação ou risco de violência.
 - Saúde do homem.
 - Outros
-

9- Em relação à gestão de repasses dos recursos da saúde, como podemos avaliar a gestão do nosso município.

- Os recursos destinados à saúde são repassados de 0 a 25%
- Os recursos destinados à saúde são repassados de 25 a 50%
- Os recursos destinados à saúde são repassados de 50 a 75%
- Os recursos destinados à saúde são repassados de 75 a 100%
- Não tem conhecimento

10- Quais as expectativas/perspectivas do conselho quanto à implantação de uma agenda comum para os conselhos de saúde em todo território nacional?

APÊNDICE D – CAPACITAÇÃO E APERFEIÇOAMENTO DE CONSELHEIROS

TEMAS EM DEBATE	MATERIAL ANALISADO	DATAS	DESCRIÇÕES
III Capacitação de conselheiros locais de saúde	Ata da 10ª Reunião Ordinária do CMS	21/11/2000	Prorrogada para o ano seguinte, uma vez que muitos conselheiros seriam substituídos.
Nova metodologia para capacitação de conselheiros	Ata da 2ª Reunião Ordinária do CMS	13/02/2006	Participação dos conselheiros em várias palestras sobre o SUS; visita de todos os coordenadores dos serviços da SMS; visita a todos os serviços do Município.
Capacitação sobre abordagem sindrômica das doenças sexualmente transmissíveis (DSTs) junto ao Centro de Referência e descentralização da coleta de HIV em todas as Unidades de Saúde	Ata da 8ª Reunião Ordinária do CMS	16/08/2006	A proposta de descentralização surgiu a partir da capacitação e servirá para ampliar o acesso às gestantes, visando a redução da transmissão vertical ao HIV e AIDS.
II Plenária estadual de Saúde	Ata da 3ª Reunião ordinária do CMS	14/03/2007	Tema: Controle Social no Pacto da Saúde. Mudam-se as regras para um município aderir à Gestão Plena. A Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS) cai e entra o Pacto de Gestão. Depois que assina o termo de compromisso são definidas as metas de saúde, os indicadores, o teto financeiro, todas as ações que serão desenvolvidas pelo Município e isso implica na responsabilização sanitária do gestor.
Avaliação dos CLS	Ata da 1ª Reunião Extraordinária do CMS	16/04/2008	Seminário sobre avaliação dos CLS, com a participação do CMS.
Curso de capacitação sobre o SUS e sobre financiamentos	Ata da 12ª Reunião Ordinária do CMS	21/12/10	O curso mostra como analisar os documentos, o que é e como se desenvolve um empenho.

Fonte: Levantamento de dados da pesquisa (2011)

APÊNDICE E – MOBILIZAÇÃO POPULAR, PARTICIPAÇÃO E CONTROLE SOCIAL

TEMAS EM DEBATE	MATERIAL ANALISADO	DATAS	DESCRIÇÕES
Escassez de profissionais	Ata da 4ª Reunião Ordinária do CMS	13/04/2000	Demandas por procedimentos é maior que a oferta de profissionais para atender.
Comunicação entre a sociedade civil e o CMS	Ata da 1ª Reunião Ordinária do CMS	17/01/2001	Muitas informações da área de Saúde não são passadas à comunidade porque muitos delegados e conselheiros não divulgam.
Comunicação entre CMS e CLS	Ata da 1ª Reunião Ordinária do CMS	06/02/2002	Sugestão de encaminhamento dos resumos das atas aos CLS, visando facilitar a divulgação das ações e decisões do CMS à comunidade.
Apresentação de Relatório Mensal da Atenção Básica	Ata da 7ª Reunião Ordinária do CMS	06/07/2005	O coordenador da AB deve apresentar ao CMS, o relatório mensal de consultas, exames e pequenos procedimentos.
Avaliação do funcionamento das casas de parto	Ata da 12ª Reunião Ordinária do CMS	08/12/2005	As três casas de parto em conjunto estariam fazendo uma média de sete partos por mês, e chegou-se à conclusão de que o que estas conseguem captar de recursos não garante sequer a manutenção de material de consumo.
Apelo para aprovação da Emenda Constitucional 29 (EC29)	Ata da 2ª Reunião Extraordinária do CMS	16/04/2007	Apelo aos deputados federais para votarem na aprovação da Resolução Nacional EC29, que dará mais autonomia ao SUS.
Indicadores de monitoramento e avaliação do Pacto pela Saúde – Pacto de 2007	Ata da 4ª Reunião ordinária do CMS	14/04/2007	Com o Pacto de Gestão, aumentaram os indicadores, sendo que VCA tem hoje uma média de quarenta e dois indicadores, alguns complementares e mais cinco que são indicadores compulsórios para o Estado, segundo Portaria 529 e que o Município precisa pactuar.
Prestação de contas	Ata da 5ª Reunião Ordinária do CMS	15/05/2007	Prestam contas ao CMS: 1- Associação de Apoio à Saúde Conquistense (ASAS); 2- Santa Casa de Misericórdia; 3- Fundo Municipal de Saúde.

Fonte: Levantamento de dados da pesquisa (2011)

APÊNDICE E – MOBILIZAÇÃO POPULAR, PARTICIPAÇÃO E CONTROLE SOCIAL

TEMAS EM DEBATE	MATERIAL ANALISADO	DATAS	DESCRIÇÕES
Problemas atualmente enfrentados na saúde do Município	Ata da 6ª Reunião Ordinária do CMS	06/06/2007	O Município está trabalhando para melhorar as condições da saúde, para melhorar a qualidade dos serviços apresentados e para isso é necessário não apenas ouvir as críticas, mas também construir propostas como o Atendimento no 3º turno da USF Admário Silva Santos.
Problemas detectados nas UBSs	Ata da 10ª Reunião Ordinária do CMS	10/10/2007	Servidora usava material inapropriado para fazer higienização do piso da Unidade; falta de tensiômetros nos postos e os poucos existentes estão quebrados; falta de luvas e esparadrapos; insatisfação sobre a entrega de exames através das US dos bairros.
Dificuldades do SUS em VCA	Ata da 2ª Reunião Extraordinária do CMS com auditoria da SESAB	14/05/2008	As dificuldades transformam a oferta de um bom serviço de saúde em um verdadeiro desafio, que é cumprir os princípios da universalidade, da equidade e da integralidade. A luta enfrentada para a sua implantação na gestão de Jorge Solla mudou a lógica que dominava a organização da Política de Saúde. Reconheceu a necessidade de acolhimento voltado para a humanização da AB.
Comissão de acompanhamento e avaliação do Pró-saúde	Ata da 10ª Reunião Ordinária do CMS	20/10/2009	Com o objetivo de integrar ensino, pesquisa e prática nas Unidades de Saúde da Família ou qualquer Unidade de Saúde em que os alunos estejam alocados.
Mobilização da população para asfaltamento da rua onde se encontra a UPA	Ata da 1ª Reunião Ordinária do CMS	06/01/2010	Próximo ao PA reformado, pintado, queimaram pneus, impediram a passagem para evitar o funcionamento. Para a comunidade local o asfaltamento das ruas era mais importante do que o PA, pois estavam sujeitos a poeiras, doenças, e às impurezas do ar, por conta da rua não asfaltada. No ano passado, o prefeito determinou como prioridade, fazer o asfaltamento de todas as ruas daquele Bairro.
Relatório do sistema de Informação Orçamentária do Orçamento Público da Saúde - SIOPS	Ata da 3ª Reunião Ordinária do CMS	03/03/2010	Conforme registrado em relatório, 84,66% são financiados por recursos de transferências de outras esferas de governo, sendo 99,35% dessas transferências, de origem da União. Esses indicadores demonstram o grau de dependência em relação ao repasse de recursos de outras esferas de financiamento da saúde local. Recursos próprios do Município representam 16,27% da receita de impostos de transferências constitucionais e legais. A EC29 estabelece que o município tem que entrar com a contrapartida de 15%.
Apresentação do termo de ajustamento de conduta da Santa Casa de Misericórdia	Ata da 8ª Reunião Ordinária do CMS	14/10/2010	O termo de ajustamento foi formalizado para viabilizar a oferta de serviços para reconstrução, uma vez que isso demanda prestação de contas.

Fonte: Levantamento de dados da pesquisa (2011)

APÊNDICE F – AMPLIAÇÃO DOS SERVIÇOS

TEMAS EM DEBATE	MATERIAL ANALISADO	DATAS	DESCRIÇÕES
Implantação de novas Unidades de Saúde	Ata da 2ª Reunião Extraordinária do CMS	24/04/2002	Proposta de implantação de mais duas USF
Dispensação de medicamentos nas Unidades de Saúde (US)	Ata da 9ª Reunião Ordinária do CMS	08/09/2004	Para cada unidade uma farmácia, e qualquer pessoa que esteja com receituário da rede SUS de VCA pode adquirir o medicamento.
CEMERF inaugura nova sede	Ata da 4ª Reunião Ordinária do CMS	05/04/2006	Inaugurada na Av. Olívia flores com objetivo de ampliar o atendimento às pessoas destinadas à recuperação e reabilitação física.
Avanço do Projeto do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF)	Ata da 7ª Reunião Ordinária do CMS	09/07/2008	Implantação de quatro NASFs, duas na Unidade Régis Pacheco e duas na Unidade CAE II

Fonte: Levantamento de dados da pesquisa

APÊNDICE G – GESTÃO PARTICIPATIVA

TEMAS EM DEBATE	MATERIAL ANALISADO	DATAS	DESCRIÇÕES
Definição de metas para a Atenção Básica	Ata da 6ª Reunião Ordinária do CMS	13/05/2000	Definição nacional de quatorze indicadores, a partir dos quais se definiram metas para o ano 2000.
Habilitação do Município para o Piso de Assistência Básica Ampliada (PABA)	Ata da 4ª Reunião Ordinária do CMS	02/04/2003	O Município precisa encaminhar vários documentos e cumprir critérios para ter ampliação dos recursos de Atenção Básica.
Programação Pactuada Integrada 2003	Ata da 10ª Reunião Ordinária do CMS	01/10/2003	O teto do município em 2002 foi de cinco milhões/ano, sem contar os recursos extra teto que chegam a mais de três milhões. Em 2003 recebeu um incremento de seis milhões, mas aumentaram a população e a responsabilidade.
Relatório de Gestão 2004	Ata da 3ª Reunião Ordinária do CMS	09/03/2005	Atenção Básica: Saúde Bucal; Programa de Planejamento Familiar; Programa de Prevenção do Câncer de Colo de útero; Programa de Triagem Neonatal; Centros de atenção ao parto normal; cartão SUS; controle social .
Avaliação do Conselho	Ata da 11ª Reunião Ordinária do CMS	03/11/2005	Esta avaliação tem como finalidade colocar o Conselho dentro das normas da Resolução 333.
ACS é afastado por alcoolismo	Ata da 12ª Reunião Ordinária do CMS	08/12/2005	Alcoolismo é uma doença, e um funcionário dependente químico não pode ser demitido.
Proposta para o PPA 2006-2009	Ata da 12ª Reunião Ordinária do CMS	08/12/2005	Dividido em macro diretrizes e programas: 1- implementar o Programa de Educação Permanente e Desenvolvimento de Recursos Humanos; 2- melhorar o acesso da população à AB e especializada – a) implantar ações básicas de reabilitação, b) implantar o Programa de Saúde do Adolescente (PROSAD), c) ampliar a cobertura da estratégia de Saúde da Família; 3- implementar as ações de Saúde Bucal em todos os níveis de atenção; 4- Implementar a Política de Saúde Mental dentro das diretrizes da Reforma Psiquiátrica; 5- Fortalecer a participação popular e Controle social no Município; 6- Implementar o Programa de Humanização em ações e serviços de saúde; 7- Implantar Programa de Qualificação Municipal de Atenção à saúde; 8- Fortalecer o sistema municipal de auditoria, avaliação e controle; 9- Fortalecer a gestão de vigilância à saúde para o controle efetivo de agravos e doenças, cumprindo os pactos de gestão; 10- Implantar uma política municipal de inovação tecnológica em saúde; 11- Fortalecer o Centro de Referência em Saúde do trabalhador (CEREST); 12- Qualificar a administração de recursos materiais da rede municipal de saúde; 13- Implementar a Política Municipal de Assistência Farmacêutica

Fonte: Levantamento de dados da pesquisa (2011)

APÊNDICE G – GESTÃO PARTICIPATIVA

TEMAS EM DEBATE	MATERIAL ANALISADO	DATAS	DESCRIÇÕES
Plano Municipal de Saúde 2006/2009	Ata da 9ª Reunião Ordinária do CMS	13/09/2006	Baseado em duas macro diretrizes: 1- a qualificação do sistema, ou seja, qualificar e melhorar o que já existe; 2- a sustentabilidade, ou seja, além de qualificar o sistema existente, serão criadas condições de sustentabilidade. Linhas de atenção: Atenção Básica, Vigilância à Saúde e Atenção Especializada.
Desligamento de ACS	Ata da 3ª Reunião Ordinária do CMS	12/03/2008	Nenhum Agente Comunitário pode ser desligado antes do Conselho tomar conhecimento. Há fatos que a Secretaria de Saúde não pode executar sem que sejam informados ao Conselho.
Regimento dos CLS	Ata da 4ª Reunião Ordinária do CMS	15/02/2008	Apresentação da proposta do novo Regimento dos CLS, submetido à apreciação do CMS, sendo aprovado por unanimidade.
Gerenciamento de resíduos	Ata da 9ª reunião Ordinária do CMS	03/09/2008	A Secretaria do Meio Ambiente solicitou participação do CMS, das instituições públicas e privadas no Programa de Gerenciamento de Resíduos. O aterro sanitário não absorve a situação real do problema.
Liberação de R\$400.000,00 do MS para construção de uma US para três equipes de Saúde da Família	Ata da 1ª Reunião Ordinária do CMS	06/01/2010	Em função de não ter encontrado uma casa adequada, a Secretaria colocou os recursos na US do CSU, onde já são contempladas duas equipes.
Posse dos novos conselheiros	Ata da 12ª Reunião Ordinária do CMS	21/12/10	Conselho com nova composição e as respectivas entidades a serem representadas, conforme Resolução 333 do MS e Lei Municipal 1722/2010
Fundação Estatal assume a administração do Hospital Esaú Matos	Ata da 4ª Reunião Ordinária do CMS	06/04/2011	As ações da Fundação Estatal têm gerência; tem um diretor geral indicado pelo Prefeito Municipal. O plano de metas é um contrato de gestão que é feito com a Prefeitura e a SMS, com metas de indicadores a serem cumpridas, e serão controladas pelo CMS, pelo conselho curador e as contas serão controladas pelo Tribunal de Contas.
Parceria da AB e o CR-DST/AIDS proposta no PAM 2007	Ata da 11ª Reunião Ordinária do CMS	21/11/2006	É importante uma parceria com a coordenação da AB porque o Centro de Referência não consegue alcançar todos os eventos que são realizados na parte periférica.

Fonte: Levantamento de dados da pesquisa (2011)

APÊNDICE H – PROJETOS, PROGRAMAS, CONVÊNIOS E CAMPANHAS DE SAÚDE

VARIÁVEIS DE INFERÊNCIA	MATERIAL ANALISADO	DATAS	DESCRIÇÕES/INTERPRETAÇÕES
Aquisição de cadeiras de rodas para deficientes	Ata da 3ª Reunião Ordinária do CMS	14/03/2000	Criação de uma campanha para converter pequenas taxas pagas ao INSS em compra de cadeiras de rodas.
Passe livre para portadores do vírus HIV	Ata da 10ª Reunião Ordinária do CMS	21/11/2000	Projeto de Lei proposto para 2001.
Resgate com helicóptero	Ata da 10ª Reunião Ordinária do CMS	01/10/2003	A SMS propôs um projeto piloto junto ao MS, com a participação do Polícia Rodoviária Federal, para a criação de uma base com helicóptero socorrista.
Pacto Municipal de Redução da Mortalidade Materno e Neonatal	Ata da 10ª Reunião Ordinária do CMS	14/10/2004	Elaborado pelas coordenações da AB e Vigilância à Saúde, foi avaliado e aprovado pelo CMS, depois encaminhado à Secretaria Estadual de Saúde da Bahia (SESAB) e posteriormente ao MS.
Pré-projeto de custeio da SMS	Ata da 7ª Reunião Ordinária do CMS	06/07/2005	Para manter as ações da AB, Unidades de Saúde, Laboratório Municipal e HEM, com material de consumo, insumos, etc, no valor de quatro milhões.
Concurso Público Municipal	Ata da 5ª Reunião Ordinária do CMS	04/05/2006	O último concurso foi realizado em 1999, muitos profissionais foram aprovados, mas o concurso não supriu a rede e foi necessário manter alguns contratos. Estima-se um total de 1400 vagas para suprir os diversos setores como PSF, o SAMU 192, o Pólo de Educação, o Hospital Esaú Matos, o CR-DST/AIDS, Laboratório Central.
Cadastramento de Pré-projetos junto ao MS pela página do Fundo Nacional de Saúde	Ata da 6ª Reunião Ordinária do CMS	07/06/2006	Projeto de custeio onde está inserida a compra de medicação e material hospitalar para o HEM e para o Laboratório Central. Projeto CEMERF, que é para a construção de uma piscina para hidroterapia. Projeto da emenda Parlamentar do Deputado Federal Guilherme Menezes, no valor de trezentos mil reais para custeio também de medicação para USF da zona rural.

Fonte: Levantamento de dados da pesquisa (2011)

APÊNDICE H – PROJETOS, PROGRAMAS, CONVÊNIOS E CAMPANHAS DE SAÚDE

Apresentação de pré-projetos do MS	Ata da 10ª Reunião Ordinária do CMS	10/10/2007	Considerações e recursos financeiros: 1- Capacitação dos membros dos conselhos municipais, conselhos locais de saúde, do orçamento participativo e dos conselhos municipais de outras políticas públicas e sociais, visando fortalecer o Controle Social , efetivando a participação popular no SUS – (R\$98.281,00). 2- Fortalecimento do Controle Social na Região: a) formação de facilitadores em Controle Social para os municípios da Região; b) produção de material áudio-visual e impresso para apoio educativo; c) encontro regional de conselheiros de saúde; d) curso de aperfeiçoamento em gestão participativa para equipe gestora dos municípios da macro região de VCA – (R\$156872,40). 3- Auxílio financeiro para custeio referente à aquisição de medicamentos para o HEM, referência para a macro região em gestação de alto risco e UTI neonatal – (R\$210.000,00). 5- Construção de uma piscina para realização de hidroterapia aos pacientes portadores de necessidades especiais – (R\$84.000,00). 6- Aquisição de equipamentos de informática para descentralização informatizada das consultas e procedimentos especializados no SUS, permitindo facilitar o acesso dos usuários a estes serviços, com qualidade e humanização, evitando deslocamentos ou esperas de agendamentos na Central Municipal de Marcação de consultas – (R\$230.630,00)
Projeto de credenciamento da Equipe de Saúde Bucal	Ata da 7ª Reunião Ordinária do CMS	09/07/2008	Com atendimento a onze Unidades, vinculando-se a Equipe de Saúde Bucal (ESB) a uma ESF.
Projeto Nacional de Programação de Saúde	Ata da 11ª Reunião Ordinária do CMS	12/11/2008	Tem como objetivo integrar a teoria à prática em Saúde. Programa unificado entre a SMS e a Universidade Federal da Bahia (UFBA).
Saúde no presídio	Ata da 1ª Reunião Ordinária do CMS	07/01/2009	Montada uma equipe para atendimento ao Sistema Penitenciário, composta por médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem, dentista, atendente de consultório dentário, assistente social e psicólogo.
Parceria entre Conselho de Educação e CMS	Ata da 4ª Reunião Ordinária do CMS	06/04/2011	O Conselho de Educação se coloca à disposição do CMS para desenvolver uma ação articulada em defesa dos direitos e garantias fundamentais voltadas para efetivação de políticas públicas e educacionais asseguradas às crianças e adolescentes pela Constituição Federal.

Fonte: Levantamento de dados da pesquisa (2011)

APÊNDICE I – HOMENAGENS E PREMIAÇÕES

VARIÁVEIS DE INFERÊNCIA	MATERIAL ANALISADO	DATAS	DESCRIÇÕES/INTERPRETAÇÕES
Afastamento do secretário de saúde Dr Jorge Solla	Ata da 1ª Reunião Ordinária do CMS	08/01/2003	Conselheiros agradecem ao secretário por sua grande atuação no Município, principalmente pela criação dos CLS e das casas de parto. O secretário teve a indicação do MS para assumir a Secretaria de Atenção à Saúde. O prefeito saúda e agradece a presença de todos, diz que esse é o espaço de um modelo de saúde conquistado.
OPAS lança livro em comemoração ao aniversário e à XII Conferência de Saúde	Ata da 10ª Reunião Ordinária do CMS	01/10/2003	VCA é convidada a escrever um artigo sobre a Participação Popular para compor o livro, cujo conteúdo do artigo reza sobre: A Experiência de Saúde da Família em VCA e a Interface com o Controle Social , especificamente os conselhos locais de saúde.
Aniversário de implantação do PSF e da Gestão Plena	Ata da 10ª Reunião Ordinária do CMS	01/10/2003	Faz exatamente cinco anos de implantação do PSF e quatro anos de Gestão Plena.
Revista Você S/A publica	Ata da 7ª Reunião Ordinária do CMS	14/07/2004	VCA aparece em 5º lugar em saúde, em todo o Brasil, além de outros destaques importantes.
Revista Perfil do Conselho Regional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional da Bahia	Ata da 10ª Reunião Ordinária do CMS	14/10/2004	A matéria de capa refere-se ao trabalho desenvolvido pelo CEMERF de VCA, contemplado e reconhecido pela categoria de fisioterapeutas e terapeutas ocupacionais.
IV Mostra Nacional de Experiências Bem Sucedidas em Epidemiologia, Prevenção e Controle de Doenças	Ata da 11ª Reunião Ordinária do CMS	13/11/2004	Homenagens na cerimônia de abertura: 1- desempenho na assistência às pessoas atingidas pela hanseníase; 2- cumprimento da meta estabelecida pelo Programa Nacional de Controle da Tuberculose (85% dos casos diagnosticados, tratados em 2003).
I Feira de Gestão Estratégica e Participativa	Ata da 7ª Reunião Ordinária do CMS	07/07/2010	Foram selecionados pelo MS alguns trabalhos, sendo apresentado pela AB o trabalho “Sala de Situação”, ferramenta de avaliação e acompanhamento utilizado pela AB nos CLS.
Comemoração de aniversário do SAMU 192	Ata da 3ª Reunião Ordinária do CMS	02/03/2011	O serviço recebeu Moção de Aplausos na comemoração dos sete anos do serviço móvel no Município.

Fonte: Levantamento de dados da pesquisa (2011)

ANEXOS

Anexo A



UNIVERSIDADE DO ESTADO DA BAHIA – UNEB
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E ENSINO DE PÓS-GRADUAÇÃO
DEPARTAMENTO DE CIÊNCIAS HUMANAS - CAMPUS – I
MESTRADO EM POLÍTICAS PÚBLICAS, GESTÃO DO CONHECIMENTO
E DESENVOLVIMENTO REGIONAL

Salvador, 10 de junho de 2011

Do: Mestrado em Políticas Públicas, Gestão do Conhecimento e Desenvolvimento Regional

Para: Secretária de Saúde de Vitória da conquista

Carta de Apresentação

Encaminhamos a vossa senhoria o aluno **Wilson Moura Silva Filho**, regularmente matriculado no curso de Mestrado em Políticas Públicas, Gestão do Conhecimento e Desenvolvimento Regional para realização da sua pesquisa e coleta de dados nesta instituição com a finalidade de elaboração de sua dissertação intitulada: **“Participação Popular e Controle Social na Saúde: Um Potencial Indutor de Transformação”**.

Atenciosamente,

Ana Maria Ferreira Menezes
 Prof.^a Dr.^a Ana Maria Ferreira Menezes

Ana M^a. Ferreira Menezes
 Coord. do Mestrado em Políticas
 Públicas, Gestão do Conhecimento
 e Desenvolvimento Regional
 Matrícula 71000528-7

Anexo B



Prefeitura Municipal de Vitória da Conquista
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
NÚCLEO MUNICIPAL DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE
FONE: 77-3423-7562

29 de agosto 2011
Ofício nº 151/2011-CEP

A Sua Senhoria a Senhora
Profª Drª Ana Maria Ferreira Menezes
Coordenação do Mestrado em Políticas Públicas
Universidade do Estado da Bahia - UNEB

Senhora,

Informamos que a Comissão Municipal de Ensino e Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde analisou e emitiu parecer do projeto de pesquisa: "Participação popular e controle social na saúde: um potencial indutor de transformação", de responsabilidade do Mestrando Wilson Moura Silva Filho. A solicitação foi deferida para levantamento dos dados no Conselho Municipal de Saúde e em Unidades Saúde da Família da zona urbana.

Atenciosamente,


Maria das Graças Lima Cardoso

Membro da Comissão Municipal de Ensino e Pesquisa
Coordenação do Núcleo Municipal de Educação Permanente em Saúde

Anexo C



Prefeitura Municipal de Vitória da Conquista
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
NÚCLEO MUNICIPAL DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE
FONE: 77-3423-7562

29 de agosto 2011
Ofício nº 149/2011-CEP

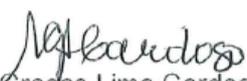
Ao
Núcleo de Gestão Participativa
At. Luciane Brito

Senhora,

Apresentamos **Wilson Moura Silva Filho**, Mestrando em Políticas Públicas pela UNEB, que realizará neste serviço, no período de setembro a dezembro/2011, a pesquisa do projeto: "Participação popular e controle social na saúde: um potencial indutor de transformação", aprovado pela Comissão Municipal de Ensino e Pesquisa.

Atenciosamente,

Ciente
31/08/11
Luciane Brito


Maria das Graças Lima Cardoso

Membro da Comissão Municipal de Ensino e Pesquisa
Coordenação do Núcleo Municipal de Educação Permanente em Saúde

Anexo D



Prefeitura Municipal de Vitória da Conquista
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
NÚCLEO MUNICIPAL DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE
FONE: 77-3423-7562

29 de agosto 2011
Ofício nº 022 /2011-CEP

Ao

WSF URBIS V
Dr. Ilana Stahl

Senhor(a),

Apresentamos **Wilson Moura Silva Filho**, Mestrando em Políticas Públicas pela UNEB, que realizará neste Conselho, no período de setembro a dezembro/2011, a pesquisa do projeto: "Participação popular e controle social na saúde: um potencial indutor de transformação", aprovado pela Comissão Municipal de Ensino e Pesquisa.

Atenciosamente,


Maria das Graças Lima Cardoso

Membro da Comissão Municipal de Ensino e Pesquisa
Coordenação do Núcleo Municipal de Educação Permanente em Saúde

Anexo E



PREFEITURA MUNICIPAL DE VITÓRIA DA CONQUISTA
 www.pmuve.com.br
 SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
 PÓLO DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE

TERMO DE COMPROMISSO

Eu, Wilson Moura Silva Filho,
 assumo o compromisso de entregar o trabalho final monografia ou artigo, em
 capa dura, para o Colegiado do Curso (que posteriormente encaminhará ao
 Pólo de Educação Permanente em Saúde), antes da sua publicação /
 apresentação e exposição em Congresso, Seminário, Simpósio, Fórum, etc,
 intitulada:

Participação Popular e controle social na Saúde:
Um Potencial Indutor de Transformações na
Atenção Básica do Município de Vitória da Con-
quista

realizada na Unidade SMS e VBS's e CMS,
 no período de julho - out / 2011, sob a
 orientação de Maria de Fátima Hanaque.

Vitória da Conquista, 11 de julho de 2011

Wilson Moura Silva Filho

Assinatura do Aluno

Maria de Fátima Hanaque

Assinatura do Orientador