

UNIVERSIDADE ESTÁCIO DE SÁ

CATHERINE MOURA DA FONSECA PINTO

DO IDEAL DEMOCRÁTICO À REALIDADE DA PARTICIPAÇÃO SOCIAL NO
SUS: CONSELHOS GESTORES NO PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA EM
TERESÓPOLIS

Rio de Janeiro
2007

Livros Grátis

<http://www.livrosgratis.com.br>

Milhares de livros grátis para download.

UNIVERSIDADE ESTÁCIO DE SÁ

CATHERINE MOURA DA FONSECA PINTO

DO IDEAL DEMOCRÁTICO À REALIDADE DA PARTICIPAÇÃO SOCIAL NO
SUS: CONSELHOS GESTORES NO PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA EM
TERESÓPOLIS

Dissertação apresentada à Universidade Estácio de Sá
como requisito parcial para a obtenção do grau de Mestre
em Saúde da Família.

Orientador Prof. Dr. Paulo Henrique Rodrigues

Rio de Janeiro
2007

UNIVERSIDADE ESTÁCIO DE SÁ

CATHERINE MOURA DA FONSECA PINTO

DO IDEAL DEMOCRÁTICO À REALIDADE DA PARTICIPAÇÃO SOCIAL NO
SUS: CONSELHOS GESTORES NO PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA EM
TERESÓPOLIS

Dissertação apresentada à Universidade Estácio de Sá
como requisito parcial para a obtenção do grau de
Mestre em Saúde da Família.
Orientador Prof. Dr. Paulo Henrique Rodrigues

Aprovada em

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Paulo Henrique de Almeida Rodrigues
Universidade Estácio de Sá

Prof. Dr. Hesio de Albuquerque Cordeiro
Universidade Estácio de Sá

Profª Drª Vânia Barbosa do Nascimento
Faculdade de Medicina do ABC

DEDICATÓRIA

Ao Victor Wu Guerra (James), saudoso amigo, que tentou me convencer que mais vale viver 20 anos intensamente e feliz do que uma vida inteira seriamente e em busca da felicidade.

RESUMO

A dissertação trata da participação social no SUS, mais precisamente, no Programa Saúde da Família, e busca discutir criticamente o papel dos CG como espaços de participação, ou melhor, representação social, através da análise das instituições políticas e seus atores. O tema desta dissertação é a relação entre a sociedade e o Poder Público no campo da saúde pública brasileira, no contexto do Estado de Direito. O objeto da dissertação é a análise desta relação na experiência dos Conselhos Gestores (CG) do Programa Saúde da Família (PSF) com foco nas unidades de Saúde da Família da Beira-Linha e Fonte Santa, em Teresópolis, Estado do Rio de Janeiro. Com base no referencial neo-institucionalista, a qual considera o desenho das instituições e o papel dos atores sociais e políticos como centrais no processo de definição das políticas públicas, a hipótese desta dissertação está na crença de que os Conselhos Gestores podem ser fortalecidos e efetivados como espaços de participação social a partir do desenvolvimento institucional do poder público. Pretende-se demonstrar argumentos que confirmem a idéia central, que defendo, sobre a necessidade de existir um maior grau de participação do Estado na medida do desenvolvimento das instituições políticas para que a relação com a sociedade, nos conselhos locais de saúde, seja mais pautada nos direitos de cidadania e para que suas resoluções sejam mais efetivas. Assim, o estudo visa contribuir para a discussão do direito à participação social na esfera da saúde e do Conselho Gestor como instrumento de democratização da gestão da saúde.

ABSTRACT

This text is about the social participation at the Brazilian Public Health System (SUS), more exactly, at the Family Health Program (PSF), and it discusses critically the roll of the administrative boards as a space of participation, or representation of the society, by analyzing the political institutions and its actors. The focus of this dissertation is the relation between the society and the public power at the arena of the Brazilian public health, at the context of the State of rights. The object of the text is this relation in the administrative boards of the Family Health Program (PSF) at Beira-Linha e Fonte Santa located in the city of Teresópolis (Rio de Janeiro). Based on the neo-institutionalism referential, that considers the drawing of the institutions and the paper of the social actors as central issues of the process of definition of the public policies, the assumption of that dissertation is the creed that this administrative boards can be strengthened and more effective as spaces of social participation, by the institutional development of the public power. It pretends to demonstrate arguments that confirm the central idea that I defend about the need of a grater degree of participation from the State, by developing the political institutions in order to guarantee that the relation with the society in the public spaces can be more shaped by the citizenship rights and its resolutions can be more effective. Thus this study intends to contribute to the debate of the right of the social participation in health issues and of the administrative boards as an instrument of democratization of health management.

AGRADECIMENTOS

Aos meus pais amados, **Leila e Antônio**, que me deram a vida e a chance de me “ver” como realmente sou e, ainda, estão sempre ao meu lado me ajudando a definir e alcançar o que quero, ou melhor, tudo que quero.

Ao **Prof. Dr. Paulo Henrique Rodrigues**, meu orientador paciente, entusiasmado, frenético que me deu força e me conduziu a esse final recompensador. Não há como esquecer sua competência, profissionalismo, dedicação, “multifuncionalidade” e saberes sociológicos (risos) os quais me orientaram, ou melhor, “desorientaram” nessa jornada.

Aos meus amigos queridos **Marco Akerman e Vânia Nascimento** deixo meu eterno agradecimento pela amizade e pelo modelo de excelência e comprometimento profissional.

Às amigas “superpoderosas”, **Michele Hiath e Adriana Coutinho**, e ao amigo do Balneário de Magé, **Nestor Vidal**, pela compreensão frente as freqüentes alterações de humor e permanente estresse dos últimos meses.

Ao casal, parte de minha essência, **Adriano e Fátima**, que caminham junto comigo e me deram a fonte mais recente e eterna de luz - Ana Beatriz minha “Tchuquinha”.

À amiga querida **Carolina Cunha Silveira** eu agradeço pela parceria nesse projeto que ambas iniciamos e terminamos juntas.

À minha profissão abençoada, a **Medicina**, minha paixão desde criança e meu motivo mais autêntico para querer continuar a estudar, aprender e apreciar o encantamento do ampliado campo da saúde coletiva.

EPÍGRAFE

"Não concordo com uma única palavra do que dizeis, mas defenderei até a morte o vosso direito de dizê-la".

(Voltaire)

RELAÇÃO DE SIGLAS E ABREVIATURAS

BL – Beira Linha

CIB – Comissão Intergestora Bipartide

CG – Conselho Gestor

CMS – Conselho Municipal de Saúde

CNS – Conferência Nacional de Saúde

FESO – Fundação Educacional Serra dos Órgãos

FS – Fonte Santa

HCTCO – Hospital das Clínicas de Teresópolis Costantino Ottaviano

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IES – Instituição de Ensino Superior

LOAS - Lei Orgânica da Assistência Social

LOS – Lei Orgânica da Saúde

MS – Ministério da Saúde

NOB – Norma Operacional Básica

PCSF-RJ – Pólo de Capacitação em Saúde da Família do Estado do Rio de Janeiro

PMT – Prefeitura Municipal de Teresópolis

PSF – Programa Saúde da Família

RI – Regimento Interno

SMST – Secretaria Municipal de Saúde de Teresópolis

SUS _ Sistema Único de Saúde

UBS – Unidade Básica de Saúde

UNIFESO – Centro Universitário Serra dos Órgãos

USF – Unidade Saúde da Família

SUMÁRIO

1. Introdução	12
1.1 Apresentação	12
1.2 Objetivos	19
1.3 Metodologia.....	19
2. Participação social no SUS e a democratização do Estado.....	26
2.1 Relações entre Estado e sociedade.....	26
2.2 Democracia representativa e participativa.....	32
2.3. Conselhos de participação no SUS: comunitária, popular ou social?	35
3. A experiência dos Conselhos Gestores em Teresópolis	45
3.1 O Programa Saúde da Família: marcos do nascimento no Brasil e no município de Teresópolis	45
3.2 Criação, natureza e funcionamento dos Conselhos Gestores.....	49
3.3 As instituições e atores analisados	52
3.3.1 O perfil social dos atores entrevistados.....	54
3.3.2 O Conselho Municipal da Saúde	58
3.3.3 Conselhos Gestores das Unidades de Saúde da Família	63
3.4 Discursos e percepções dos atores sociais entrevistados	67
4. Considerações finais	78
4.1 Sobre a visão dos atores sociais envolvidos em relação ao papel dos CG como órgãos de representação e participação social.....	78
4.2 Sobre os mecanismos institucionais do CG	79
4.3 Sobre a efetividade dos Conselhos Gestores	80
4.4 As questões centrais e as reflexões.....	82
Referências	86
Bibliografia.....	86
Fontes documentais	89
ANEXOS	Erro! Indicador não definido.
Anexo 1- Perfil dos Entrevistados	90
Anexo 2- Síntese das Reuniões do Conselho Municipal de Saúde, Teresópolis, 2005.....	91
Anexo 3 – Roteiros de entrevista	93
Entrevista com gestores do PSF e do SUS.....	93

Entrevista com profissional do PSF.....	94
Entrevista com representante dos usuários no Conselho Gestor.....	95
Anexo 4 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	96
Anexo 5 – Constituição Federal de 1988	97
Anexo 6 - Lei Nº 8.080, de 19 de Setembro de 1990 – Lei Orgânica da Saúde.	99
Anexo 7 – Lei Nº 8.142, de 28 de Dezembro de 1990	114
Anexo 8 – Resolução N.º 333, de 4 de Novembro de 2003	116

1. INTRODUÇÃO

1.1 APRESENTAÇÃO

O tema desta dissertação é a relação entre a sociedade e o Poder Público no campo da saúde pública brasileira, no contexto do Estado de Direito. O objeto da dissertação é a análise desta relação na experiência dos Conselhos Gestores (CG) do Programa Saúde da Família (PSF) com foco nas unidades de Saúde da Família da Beira-Linha e Fonte Santa, em Teresópolis, Estado do Rio de Janeiro.

A importância do objeto ora proposto está na possibilidade de estudar uma experiência concreta de criação de uma instância de participação social na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS), mais precisamente do PSF.

A origem do SUS está inserida num contexto de reformas democráticas brasileiras que modificaram as relações entre Estado e sociedade e estabeleceram, desde então, a “participação societária” como um dos alicerces do sistema (diretriz constitucional), ao lado da normatização da alocação de recursos e da universalização da assistência à saúde (Ribeiro, 1997).

Para promover esse conjunto de mudanças na saúde o governo federal se apoiou em instrumentos normativos, na forma de leis, que pudessem amparar a reformulação das políticas públicas. Esse conjunto de modificações reuniu questões de financiamento, gestão descentralizada, organização de serviços e práticas assistenciais em saúde. No que se refere à participação da população no sistema, a Lei Orgânica da Saúde (Lei n.º 8.080/90) com base nas diretrizes do artigo 198 da Constituição Federal, nomeia a chamada participação da comunidade como princípio para ser seguido pelas ações e serviços de saúde que integram o SUS (art. 7.º, VII).

No mesmo ano, é sancionada a Lei n.º 8.142/90, que complementando a Lei Orgânica, regulamenta a participação social na gestão do SUS e estabelece, em seu artigo I, a participação em cada esfera de governo, sem prejuízo do Poder Legislativo, através das conferências e dos conselhos de saúde. Dessa forma,

são delineados os espaços legalmente estabelecidos para inserção da população em instâncias colegiadas onde a participação paritária em relação aos demais segmentos (governo, prestadores de serviço e profissionais de saúde), daria ao menos em tese, a oportunidade de atuar nas etapas de formulação, controle e avaliação das políticas de saúde, também na dimensão econômica e financeira.

Sendo assim, a participação social no SUS é um fato. No entanto, a efetividade dessa participação ampliada na execução das políticas públicas de saúde, no sentido da reorientação das ações e serviços, ainda merece, entretanto, estudo mais aprofundado.

Dentre as práticas de saúde estabelecidas no modelo de atenção que vigorava no início da década de 90, a assistência integral voltada à família se fortaleceu a partir de 1991 pelo Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) no nordeste do Brasil, em meio a evidência da crise do modelo assistencial tradicional hegemônico centrado na doença. Alguns colocavam a mudança desse modelo como passo importante rumo a continuidade da reforma iniciada na saúde com a implantação do SUS e a discussão estava então centrada na necessidade de ruptura paradigmática do cuidado da doença e da pessoa para o cuidado à saúde da família (Souza, 2002).

Os avanços conseguidos no campo da saúde com as reformulações constitucionais não conseguiram resolver plenamente a questão da falta de integralidade na assistência e do baixo estímulo e pouco incentivo ao desenvolvimento consolidado das ações de saúde no nível da atenção básica. Nesse contexto, o PSF foi introduzido no Brasil na tentativa ou proposição de deslocar o foco da assistência à saúde da doença para a promoção da saúde, na perspectiva da qualidade de vida e em integração com o fortalecimento da atenção básica, articulação com demais políticas públicas, para aproximar a atenção primária da equidade e integralidade (Souza, 2002).

Assim, a estratégia de Saúde da Família (ESF) tem origem em 1991 com a implantação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), criação em 1993 com implantação em território nacional prevista pelo MS no ano seguinte. Como meta do Ministério, o programa encontrou um cenário de crise, com movimentos organizados e esforços unificados para a descentralização e

municipalização dos serviços de saúde e muitos conflitos, aliados a uma realidade de instabilidade política, que abalava a continuidade do processo de desenvolvimento do SUS.

Na ocasião da definição da ampliação da assistência oferecida pelo PACS para o PSF, alguns pontos críticos sinalizavam para algumas dificuldades operacionais como a questão do financiamento das ações e a escassez de recursos humanos. Havia ainda a resistência natural aos novos rumos que o PSF apresentava como orientação às práticas assistenciais e à organização das unidades de saúde locais.

Como ação prioritária do Ministério da Saúde, o PSF nasce efetivamente em 1994 e, segundo Vianna e Dal Poz (1998), o programa é uma estratégia de reforma visando o incremento do sistema de saúde e tem como objetivos a reorientação na remuneração das ações, nas práticas assistenciais em saúde, na organização dos serviços de saúde e no próprio processo de descentralização.

A reorganização da atenção básica à saúde parece ser um impulso ao avanço do SUS inicialmente através do PACS e depois com o PSF e, ao mesmo tempo, promove mudanças no processo de formação dos profissionais de saúde assim como na organização dos serviços e na própria percepção de saúde e do cuidado da população usuária do sistema.

No município de Teresópolis (RJ), no momento do estudo, havia doze unidades de Saúde da Família (USF), com quatorze equipes implantadas e uma credenciada pela Comissão Intergestora Bipartide (CIB), esta última permanece como projeto de expansão do PSF (MS/SAS/DAB/ 12/2006). Destas, apenas quatro (Fonte Santa, Vargem Grande, Venda Nova e Beira-Linha¹) mantêm conselhos gestores implantados e nem todos se encontravam em pleno funcionamento nas unidades. Estes conselhos, criados em 2001 (experiência iniciada na unidade da Fonte Santa - Teresópolis), têm como princípio o envolvimento com a comunidade local onde a unidade de saúde está inserida e a

¹ USF Beira Linha é uma unidade própria da Fundação Educacional Serra dos Órgãos, Centro Universitário Serra dos Órgãos (UNIFESO), responsável juntamente com a Secretaria Municipal de Saúde pela administração do PSF no município. Esta unidade mantém seu CG ativo no momento.

preocupação em garantir transparência ao seu funcionamento e atribuições.

Cada conselho tem, basicamente, a função de participar da organização dos serviços de saúde, atendendo às necessidades da comunidade e também atuar na avaliação e formulação de propostas para a melhoria do seu funcionamento. É competência de o conselho participar: das etapas de diagnóstico local da saúde; do planejamento das ações; da avaliação do programa e da proposição de soluções de problemas (PMT/SMS/FESO, 2004).

As funções do CG cabem na definição das funções clássicas da administração ou gestão. Segundo esta definição, há quatro momentos no processo de gestão: planejamento – decisões para realizar os objetivos –; organização – decisões sobre a divisão de autoridade –; coordenação – ativação de comportamentos das pessoas por meio de ordens –; e controle ou avaliação – compatibilidade entre objetivos esperados e resultados obtidos (MAXIMIANO, 1997). Por este motivo, a abordagem do estudo considerou o CG como um conselho chamado de participação social na gestão da saúde.

Os CG são compostos por representantes dos usuários, de trabalhadores da saúde e da SMS (gestores), que são escolhidos sempre com a participação da comunidade em votação na unidade de saúde. Sua atuação obedece a regimento interno (RI) próprio construído, em tese, pelos principais atores envolvidos com a saúde em nível local (coordenação do programa, equipes de saúde, usuários), com o objetivo de assegurar um funcionamento organizado com definição de suas atribuições básicas. A organização dos conselhos representa, sem dúvida, uma tentativa de estreitar os laços entre o Programa e a comunidade local.

No processo de definição do estudo, a escolha da USF da Fonte Santa deveu-se ao fato de ter sido a primeira unidade a implantar o Conselho Gestor, em 2001. Já a escolha da unidade da Beira-Linha está relacionada ao fato desta ser a única, entre todas as unidades do PSF no Município, que pertence à Fundação Educacional Serra dos Órgãos (FESO), entidade que por meio de convênio com a Prefeitura Municipal participa da administração do Programa como um todo, além de outras ações e serviços de saúde. Ambas as unidades escolhidas se localizam na região urbana do Município.

A USF da Beira-Linha tem um significado especial, ainda, por ser a primeira

unidade de saúde da família do Programa no Município; ter sediado uma das primeiras experiências de ensino em serviço com inserção dos alunos de Medicina e Enfermagem em atividades práticas desenvolvidas na Estratégia de Saúde da Família em todo o país; e abrigar em seu espaço físico a coordenação do programa no município.

O foco principal deste estudo é a saúde como direito constitucional universal e, por isso, precisa ser considerada sob os mais diversos e complexos aspectos e reconhecida como pertencente ao campo dos direitos sociais. Nessa perspectiva, a discussão primária da saúde como “direito de todos e dever do Estado” invariavelmente depende diretamente do reconhecimento da vital ação do Estado para ser garantida à população, através da combinação de políticas públicas consistentes e desenvolvimento de um aparato técnico-administrativo (Rodrigues, 1999). E no que se refere à participação social como garantia constitucional e uma conquista democrática do SUS, o espaço dos Conselhos Gestores, ou seja, dos conselhos locais de saúde, deveria ser o mais próximo do usuário por tratar das condições de saúde e de funcionamento do serviço de saúde inserido na sua própria comunidade.

A justificativa está apoiada na legalidade e legitimidade do controle social na gestão do SUS, em geral vinculada à idéia dos conselhos e conferências de saúde, como reflexo da redemocratização do país e reforma da saúde como herança da reforma sanitária brasileira e da 8ª Conferência Nacional de Saúde.

A relevância do estudo se encontra no fato do Conselho Gestor, que abrange a realidade e as problemáticas locais, poder ser fortalecido como espaço público de resolução de conflitos e pactuação, visto que os segmentos nele representados e as relações estabelecidas são do universo político. Assim, o estudo visa contribuir para a discussão do direito à participação social na esfera da saúde e do CG como instrumento de democratização da gestão da saúde.

Sobre as competências do CG e as situações em que podem interferir temos, em resumo: 1) interesses ou problemas relacionados diretamente com o funcionamento da unidade e que podem ser resolvidos no seu âmbito; 2) interesses ou problemas relacionados ao funcionamento da unidade que dependem de decisões de outras instâncias do SUS; c) interesses ou problemas

que afetam à saúde da comunidade, mas que estão além da capacidade de ação da unidade e das demais instâncias do SUS. A capacidade dos conselhos atuarem sobre tais situações diz respeito ao **desenvolvimento institucional**² e a conseqüente capacidade do Estado em intervir que depende, segundo Rueschmeyer e Evans, primeiramente da existência de um aparato burocrático eficiente e também da relação com a sociedade baseada em relativa autonomia. A existência desse aparato burocrático, de acordo com os mesmos autores, estaria dependente de um processo de desenvolvimento institucional e de construção de uma racionalidade coletiva:

[...] the existence of an adequate bureaucratic machinery depends on a more delicate, long-term process of institutional building [...] and it requires transcending individual rational-instrumental behavior. An effective processes of institutional building must reshape the goals, priorities, and commitments of core participants and inculcate shared assumptions and expectations on which a common rationality can be based (1985. p. 48- 51).

A organização burocrática, segundo Weber, é apontada como sendo a forma mais eficiente de conseguir organizar as atividades administrativas. Portanto pode-se pensar que procedimentos administrativos, base estrutural do funcionamento do poder público são primordiais para a efetividade da SMS em seus órgãos, coordenações, instâncias colegiadas e, também, nos conselhos gestores de unidades.

Por conseguinte, o estudo foi apresentado em dois capítulos que concentram o referencial teórico e o desenvolvimento, além da introdução e das considerações finais. No segundo capítulo apresento uma discussão a respeito das relações entre Estado e sociedade, segundo argumentos de diversos autores,

² LACOMBE (2004), desenvolvimento institucional: 1) Complexa estratégia institucional, baseada na experiência, que emprega meios possíveis de comportamento e tem por finalidade mudar as crenças, as atitudes, os valores e as estruturas das organizações, de modo que possam se adaptar melhor aos mercados, às tecnologias, aos desafios e ao ritmo acelerado das mudanças. 2) Processo de desenvolvimento, abrangendo grande variedade de enfoques de comportamento e administração, destinado a tornar mais eficazes o comportamento e as relações entre as pessoas numa organização, pela identificação e estudo de problemas de comportamento, de interesses e de valores dos participantes, visando principalmente às formas de mudança (p. 108).

procurando considerar os processos de origem e formação de ambos para identificar de que maneira se relacionam. Considero como interesse deste estudo o Estado de direito, como bem explica Canotilho (1997), considerando a importância da limitação jurídica do poder do Estado e do desenvolvimento da cidadania e poder social. Em seguida, procuro salientar as formas de democracia, em especial no Brasil, para possibilitar o entendimento da questão da participação social em espaços políticos constituídos a partir das mudanças promovidas pela Constituição Federal de 1988, na esfera da saúde no Sistema Único de Saúde.

O terceiro capítulo pretende apresentar o Conselho Gestor de USF com base na análise da sua criação e características fundamentais de seu funcionamento, considerando a dinâmica dos processos de tomada de decisão desse órgão bem como os atores e instituições políticas que nele participam e interferem legitimamente.

Finalmente, procurei ao longo da dissertação apresentar argumentos que fortaleçam a idéia central que defendo sobre a necessidade de existir maior grau de participação do Estado na medida do fortalecimento das instituições políticas para que a relação com a sociedade seja baseada menos nos atores e mais nas decisões coletivas e nos direitos de cidadania. Acredito que o CG como instância de participação social na gestão do SUS deve ser fortalecido e efetivado de fato, a partir do desenvolvimento institucional do poder público o qual garante maior efetividade às resoluções tomadas nos espaços políticos de pactuação com a sociedade e, por isso, maior proximidade com o “ideal da realidade” do que com o “ideal democrático”.

Dessa forma, algumas questões foram ao mesmo tempo fatores de motivação e dúvida quanto ao tema da participação social no SUS. Não há pretensão de buscar resposta, mas tão somente propor uma opinião crítica sobre cada uma delas, na medida do conhecimento adquirido. As questões centrais desta dissertação são as seguintes:

- Até que ponto a experiência analisada é capaz de ter continuidade numa situação de mudança do atual contexto político em torno do SUS de Teresópolis dado o estágio de institucionalização e legitimação que alcançou?

- Como contribuir para o fortalecimento das instituições de participação social do SUS?

1.2 OBJETIVOS

O Objetivo geral é o de analisar os Conselhos Gestores das Unidades de Saúde da Família da Beira-Linha e da Fonte Santa, no município de Teresópolis, do ponto de vista dos seus objetivos, organização, atores sociais e de suas relações com os órgãos públicos de gestão do SUS no Município.

Os objetivos específicos do estudo são:

- a) Analisar as visões dos atores sociais envolvidos em relação ao papel dos CG como órgãos de representação ou participação social no PSF;
- b) Analisar os Conselhos Gestores do ponto de vista dos seus mecanismos institucionais (atribuições; organização interna; processo de tomada de decisões e de encaminhamento das mesmas; e suas relações com outras instâncias do SUS);
- c) Analisar a efetividade da ação do Conselho Gestor, relacionando os instrumentos que dispõe para exercer seu papel com o impacto de suas decisões sobre as ações da unidade e a política de saúde local.

1.3 METODOLOGIA

Para desenvolver o estudo utilizei metodologia de natureza qualitativa, com base no referencial analítico neo-institucionalista, uma corrente do campo da ciência política, que centra suas análises no Estado e nas suas relações com a sociedade num ambiente social complexo, em que o primeiro se organiza em geral através de instituições e poderes distintos (Marques, 1997). A escolha pela abordagem qualitativa segue orientação conceitual de Minayo, a qual salienta que:

[...] qualquer investigação social deveria contemplar uma característica básica de seu objeto: o aspecto qualitativo [...]

e chama a atenção que o objeto central desses estudos envolve pessoas, ou

[...] gente, em determinada condição social, pertencente a determinado grupo social ou classe com suas crenças, valores e significados. Implica também considerar que o objeto das ciências sociais é complexo, contraditório, inacabado, e em permanente transformação (2004, p.22).

A perspectiva neo-institucionalista considera o desenho institucional e o papel dos atores sociais e políticos como elementos centrais no processo de definição e de desenvolvimento de políticas públicas. O uso deste ferramental pressupõe, portanto, considerar, além das instituições e seus mecanismos de decisão e funcionamento, o papel dos atores relevantes no processo político estudado.

Os procedimentos metodológicos envolveram inicialmente uma revisão bibliográfica sobre os conceitos de democracia, formas de representação e participação política no Estado de Direito; direitos e políticas sociais para fundamentar a questão da participação social no SUS e, em particular, na Estratégia Saúde da Família (ESF). Foi elaborado um “mapa conceitual” que reuniu os conceitos imprescindíveis para a fundamentação teórica desse estudo como, por exemplo: participação comunitária, popular, social e cidadã, controle social, legitimidade, sociedade, insulamento, neo-institucionalismo, instituições, entre outros.

O cenário do estudo é o Município de Teresópolis, localizado na região serrana do Estado do Rio de Janeiro e, mais especificamente, as Unidades Saúde da Família da Beira-Linha e Fonte Santa. A escolha dessas unidades deve-se ao fato de uma ser unidade própria da Fundação Educacional Serra dos Órgãos (FESO), a qual mantém convênio com a SMS do Município e, a outra ter sido a primeira onde se implantou o CG em Teresópolis.

A metodologia envolveu, ainda, coleta de dados sobre a experiência dos CG por meio de análise documental e entrevistas semi-estruturadas. A análise documental reuniu as seguintes fontes: atos de criação dos conselhos gestores; documentos sobre seus objetivos e mecanismos institucionais criados para o seu

cumprimento; atas do Conselho Municipal de Saúde (CMS) de janeiro a dezembro de 2005; e atas das reuniões do CG das duas unidades ao longo do mesmo período. Foram levantadas e analisadas também iniciativas da Coordenação do PSF voltadas para o desenvolvimento institucional dos CG e ofícios dos CG encaminhando suas decisões e pleitos.

Os atores entrevistados foram: a) gestores do SUS e PSF; b) membros do Conselho Municipal de Saúde; c) representantes dos usuários nos conselhos gestores; d) profissionais da unidade (médico e enfermeiro). Para a realização da pesquisa foram utilizados roteiros de entrevista semi-estruturados (anexos) que têm por objetivo, como destaca Minayo, a “conversa com finalidade” para orientar a comunicação entre entrevistado e pesquisador procurando contemplar as questões fundamentais do estudo proposto (op.cit. p.99).

O primeiro momento do estudo foi concentrado na reunião dos documentos relacionados ao funcionamento dos CG que pudessem evidenciar as relações formais destes conselhos com o Conselho Municipal de Saúde de Teresópolis, a unidade de saúde da família de referência e com a SMS, nos níveis de coordenação do PSF e coordenação da atenção básica.

Como instrumentos de coleta de dados os documentos foram escolhidos a partir dos seguintes critérios de inclusão estabelecidos:

- a. Ser documento original;
- b. Ter como fonte algum órgão do poder público; e
- c. Ter sido localizado e entregue ao pesquisador por meios oficiais (servidor público responsável).

Vale destacar que existem diferenças entre análise documental e a análise de conteúdo. Apesar de ambas utilizarem conjuntos de operações para representar os conteúdos expressos pela escrita, a análise documental trabalha com classificação em categorias segundo critérios de analogia, por exemplo, permitindo uma análise categorial e temática, mas sem conduzir a inferências como faz a outra (Bardin, 2004).

Nessa etapa a escolha foi pela análise documental das atas das reuniões do Conselho Municipal de Saúde de Teresópolis e dos CG que, depois de

submetidos à leitura flutuante, foram reunidos segundo as mesmas categorias temáticas utilizadas para promover a análise de conteúdo que serão melhor descritas a diante, sendo elas: representação e participação social; relações dos conselhos com demais instâncias do SUS; institucionalidade dos conselhos e suas decisões.

A análise das comunicações estabelecidas com os sujeitos do estudo foi feita a partir da análise de conteúdo de Bardin que define esta forma de análise como um conjunto de técnicas que “visam obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição de conteúdo [...] que permitam a inferência de conhecimentos” (op. cit. p. 27).

Ao utilizar esse “conjunto de técnicas de análise das comunicações” o objetivo é tentar expor, como Bardin muito bem define, a “respiração” das entrevistas realizadas e não somente relatar respostas das questões abertas apresentadas, para assim registrar as percepções dos atores sociais entrevistados. A intenção é conseguir utilizar **mais** dos processos técnicos de análise e **menos** da interpretação individual e subjetiva, a partir do potencial dessa metodologia, descrita pelo mesmo autor, como sendo capaz de permitir o pesquisador de

[...] lutar contra a evidência do saber subjetivo [...] rejeitar a tentação da sociologia ingênua, que acredita poder apreender intuitivamente a significação dos protagonistas sociais, mas que somente atinge a projeção da sua própria subjetividade (op. cit. p. 24).

A sistemática da análise pretendeu simplificar ao máximo as etapas dessa metodologia de observação do discurso, para conseguir cumprir as fases de descrição, deduções lógicas e interpretação dos conteúdos. A seleção dos atores sociais entrevistados considerou pelo menos uma das seguintes condições:

- a. Ocupar cargo estratégico na gestão de órgãos públicos como a SMS, coordenação da atenção básica e do PSF;
- b. Ser docente da FESO e ter acompanhado o processo e o momento político-institucional de criação e implantação do PSF e CG, no município;
- c. Ser representante do CMS, com vinculação anterior ao ano de criação dos CG (2001);
- d. Ser profissional de saúde do PSF, com vinculação anterior ao ano de

criação dos CG, e estar atuando em uma das unidades de saúde da família selecionadas; e

- e. Ser representantes dos usuários nos CG em uma das unidades de saúde da família selecionadas e ter atuado ao longo do ano de 2005.

Todos os entrevistados concordaram em assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estácio de Sá, e consentiram na gravação fitas de áudio dos seus depoimentos.

No total foram selecionados 13 atores sociais para serem entrevistados, entre gestores, representante dos usuários no CG, profissionais de saúde e docente da FESO, contudo não foi possível entrevistar dois dos profissionais de saúde da UBS – Beira Linha (médico e enfermeiro). Dessa forma, foram realizadas pessoalmente pela pesquisadora todas demais entrevistas (11), estas foram gravadas em fitas numeradas de 1 a 6. O conteúdo das comunicações com os entrevistados foi posteriormente transcrito, de forma literal, sendo cada entrevista numerada de acordo com a fita correspondente.

Para a análise das entrevistas foram definidas as seguintes categorias e suas siglas, de acordo com respectivos conjuntos com base na metodologia de Bardin (op. cit.):

Representação e participação social no PSF:

- **Participação social no CG (PSS):** considerada como a participação política de representantes eleitos dos usuários nos conselhos gestores, no processo de tomada de decisão que ocorre a nível local.
- **Iniciativa de criação (IC):** compreendem as manifestações de intenção e as proposições iniciais dos atores envolvidos relativas à formação das primeiras experiências de CG no PSF no Município.
- **Participação de entidades no CG (PCG):** participação de entidades representativas da sociedade civil em nos CG;

Relações³ do CG com instâncias do SUS:

- **Relação entre CMS e CG (RCC):** relação entre o Conselho Municipal de Saúde e o Conselho Gestor de unidade, como, por exemplo, a presença de membros deste nas reuniões ordinárias do CMS.
- **Relação entre gestor e CG (GCG):** relação entre representantes da gestão municipal de saúde e o conselho gestor como, por exemplo, encaminhamentos de documentos, espaços de debates formais, participação em reuniões ordinárias.
- **Relação entre USF e CG (UCG):** relação entre os membros da equipe de profissionais de saúde da família da unidade e os membros do conselho gestor, seja em reuniões ordinárias da USF ou do CG ou em participação em outras atividades realizadas na unidade de saúde.
- **Fluxo de encaminhamento das decisões (FED):** considerada como fluxo formal e institucionalizado de decisões, resoluções ou solicitações do CG para os órgãos de gestão do SUS (SMS e CMS) através de documentos como ofícios, atas de reuniões e resoluções;

Institucionalidade do CG:

- **Atribuições do CG (ACG):** consideradas as atribuições definidas no regimento interno dos CG para identificar o cumprimento delas dentre as atividades desempenhadas pelo conselho na unidade e o reconhecimento das mesmas pelos conselheiros em exercício;
- **Formalidade dos atos (FA):** considerada nesta categoria a presença de normas, rotinas e regras de funcionamento relacionados às atividades desempenhadas pelo CG, principalmente os procedimentos administrativos;
- **Processo decisório no CG (FDC):** é a maneira pela qual as resoluções

³ Deve-se observar que nesse estudo entende-se por relação o intercâmbio formal ou institucionalizado entre instâncias do SUS, uma vez que o objetivo é analisar o funcionamento de instituições políticas do mesmo. Desta forma, consideramos a inexistência de relações formais ou a prevalência de relações informais entre as instituições é um indicador de fragilidade institucional.

são tomadas pelos membros do CG em suas reuniões, seja ela votação (direta ou indireta) ou decisão consensual.

- **Capacitação dos conselheiros (CC):** considerada como toda forma de capacitação promovida pela SMS ou outras instâncias do SUS destinada à qualificação dos membros do conselho gestor de unidade, no momento anterior ou posterior a eleição dos mesmos pela comunidade.
- **Condições de trabalho dos conselheiros (CTC):** são os meios que os membros do CG dispõem para realizarem suas atividades como, por exemplo, espaço físico, estrutura administrativa para procedimentos como registro de atas e elaboração de documentos, entre outros.
- **Regularidade de funcionamento do CG (RFC):** a regularidade das reuniões do CG está estabelecida em regimento interno na unidade de saúde e corresponde à frequência obrigatória com que os membros devem se reunir ordinariamente na unidade.

Decisões do CG⁴:

- **Problemas de Saúde (PS):** são considerados aqui os problemas que afetam às condições saúde da população local, envolvendo inclusive os determinantes sociais, que foram identificados pelos membros do CG.
- **Problemas da USF (PU):** incluem os problemas de organização e funcionamento da unidade, envolvendo tanto estrutura física, condições de trabalho e recursos humanos e suas relações com os usuários da unidade e entre os profissionais, que foram identificados pelos membros do CG.
- **Problemas internos do CG (PIC):** são os problemas internos do CG todas as situações de conflito entre os membros do CG seja de ordem das relações pessoais ou do processo de tomada de decisão.

⁴ As categorias deste conjunto também foram utilizadas para a análise das atas das reuniões do Conselho Gestor.

2. PARTICIPAÇÃO SOCIAL NO SUS E A DEMOCRATIZAÇÃO DO ESTADO

2.1 RELAÇÕES ENTRE ESTADO E SOCIEDADE

Para analisar as relações entre Estado e sociedade é preciso refletir brevemente sobre a própria origem e formação de ambos, entendendo que os conceitos são históricos e podem vir de idéias distintas ou complementares. Há autores que defendem a idéia de que antes da formalização da existência do Estado já havia, com vários outros nomes, sociedades políticas que mantinham normas de convivência social e organização suficiente para operar relações de poder semelhantes às presentes dentro do Estado. Essa é a posição, por exemplo, de Eduard Meyer e Wilhelm Koppers que entendiam que onde houvesse sociedade humana haveria também organização social que caracterizaria a própria idéia de Estado (apud Dallari, 2003, p. 52).

A doutrina jusnaturalista⁵ também aponta para a aceitação de diversas formas de associação entre indivíduos, voltadas para a satisfação de interesses comuns, antes da noção de Estado propriamente dita. Outra doutrina importante sobre o Estado e, oposta a esta, é a contratualista, que não se baseia na existência de direitos naturais inatos, mas numa relação conflitiva presente na sociedade e na sua relação com o Estado que derivaria da distância crescente do Estado de Natureza concebido por Rousseau. Esta doutrina defende que o Estado deve ser fruto de um contrato entre os detentores do poder e a sociedade.

O termo Estado (do latim *status* significa estar firme) aparece pela primeira vez vinculado às sociedades políticas na obra de Maquiavel “O Príncipe”, de

⁵ O Jusnaturalismo se fundamenta na existência do “direito natural”, baseando-se nos direitos naturais dos homens, e definindo normas de conduta diferentes daquelas determinadas pelo Estado (“direito positivo”). Segundo ele as primeiras manifestações dessa doutrina datam da antiga Grécia e na idade moderna (séculos XVII e XVIII) passa a se caracterizar mais como teoria que assinala a subjetividade dos direitos naturais (direitos inatos) e menos como norma objetiva, apresentando assim certa oposição ao jusnaturalismo antigo-medieval (Bobbio 1997, p. 655-658).

1513. Este defendia funcionalmente o Estado como um instrumento de ordem social e manutenção do poder estatal, reafirmando o ideal do Estado Absoluto. Mas, nesse caso a denominação Estado estaria somente vinculada à sociedade política, ou seja, sociedade de fins gerais, que apresentasse características definidas que evidenciassem a prática da soberania (Rodrigues, 2003).

Não obstante a diversidade de teorias sobre o nascimento do Estado parece justo, porém, acreditar que este tenha surgido a partir da “dissolução das comunidades primitivas” e aparecimento de sociedades complexas com maior grau de civilização refletida na maior organização política, fato esse que coincide com a própria Idade Moderna e as transformações histórico-culturais, políticas e econômicas iniciadas com as revoluções burguesas (Bobbio, 2003, p.73).

Na evolução histórica do Estado ao longo dos séculos foi marcada pela fixação de diferentes formas e características fundamentais que valem ser estudadas por permitir a compreensão das transformações que levaram à constituição do Estado Moderno atual. Como afirma Ernest Boeckenfoerde:

[...] o conceito de “Estado” não é um conceito universal, mas serve apenas para indicar e descrever uma forma de ordenamento político surgida na Europa a partir do século XIII até os fins do século XVIII ou inícios do XIX, na base de pressupostos e motivos específicos da história européia e que após esse período se estendeu – libertando-se, de certa maneira, das suas condições originais e concretas de nascimento – a todo o mundo civilizado (apud Bobbio, 1997, v. 1, p.425).

O Estado Moderno estruturou-se com base nos seguintes elementos fundamentais: território, soberania, povo, ordem e finalidade (Bobbio, 2003). O Estado Moderno pode ser compreendido sob diferentes enfoques, como por exemplo: o liberal que o vê como uma instituição política neutra, voltada para o bem comum e com poder para organizar e gerir a sociedade; o marxista que apesar de criticar o liberalismo burguês ainda apresenta uma visão restrita do Estado como instituição política controlada pela classe dominante, que, por isso, não apresentaria nenhuma neutralidade em suas ações.

Até recentemente, os principais entendimentos sobre o Estado compartilhavam de uma visão restrita sobre o mesmo, na qual prevaleceria de forma quase total o caráter coercitivo da relação estabelecida por este com a sociedade. Nessa visão não há lugar para uma relação bi-direcional entre esses

dois elementos, pela qual a sociedade pode interferir na ação e nas decisões do Estado e mesmo transformar suas funções no sentido de se voltarem para interesses de setores majoritários da população. Desde a defesa do Estado absoluto – primeira forma de Estado Moderno – por Maquiavel e Hobbes, na transição do feudalismo para o capitalismo, passando pelo liberalismo jusnaturalista de Locke ou Estado de Natureza de Rousseau e seu Contrato Social, assim como pelo marxismo, a concepção restrita do Estado permaneceu consolidada. Essa concepção desenha um cenário de limitações no que se referem às liberdades civis, políticas e sociais, em suma aos direitos de cidadania. Nos últimos três ou quatro séculos, entretanto, vem se desenvolvendo uma ampla mudança na relação entre Estado e sociedade, que obrigou a uma revisão das concepções restritas do primeiro.

O processo histórico de transformações do Estado impôs modificações nas relações entre o Estado e a sociedade, fruto da ampliação dos direitos de cidadania, seja no âmbito dos direitos civis, políticos ou sociais. A própria sociedade nesse mesmo tempo sofreu modificações em sua estrutura e dinâmica social, que incluiu uma crescente diferenciação e conformação das classes sociais as quais contribuíram para uma maior complexidade nas suas relações com o Estado.

O Estado liberal que começou a se impor na Europa ao longo dos séculos XVII e XVIII se pautou pelo desenvolvimento dos direitos civis, que correspondem aos interesses individuais de liberdade. Principalmente o direito à propriedade, contribuiu para consolidar o capitalismo o qual, no entanto, foi acompanhado por pouco desenvolvimento democrático e forte desigualdade social. Esse Estado tinha nenhuma ou bem limitada preocupação com as questões políticas e sociais (Bobbio, 2004).

Fruto fundamentalmente de pressões dos setores populares por participação nas decisões políticas, o Estado liberal, começou a incorporar, em primeiro lugar, direitos civis mais amplos, como o sufrágio universal masculino, já no século XIX, seguido pelo voto das mulheres, no século XX (Eley, 2005; Marshall, 1967). A fase imediata após a Primeira Guerra Mundial correspondeu a um grande aprimoramento da estrutura política do Estado, não só nos países desenvolvidos, mas como em alguns países da América Latina. A partir da

ampliação dos direitos políticos começou a pressão social para que o Estado passasse também a atender as novas demandas da sociedade por igualdade, erguendo-se pouco a pouco o edifício dos direitos sociais.

Surgiu assim o Estado Social, ou do Bem-estar Social, onde os direitos sociais passam a ter sede constitucional como na Constituição do México (1917) que marca o início dessa nova estrutura política de estado preocupado com questões sociais, e resultado do movimento popular revolucionário – Revolução Mexicana – iniciado em 1910. Outro marco foi a revolução socialista russa de outubro de 1917, que aprovou a Declaração de Direitos do Povo Trabalhador e Explorado de 1918, que propunha uma concepção radical de igualdade, em detrimento dos direitos individuais (Silva, 1998). Depois da Segunda Guerra Mundial se acentuou o desenvolvimento do chamado Estado Social. Como Canotilho pontua, o Estado social tem princípios bem definidos e imutáveis que o caracterizam e muito se aproximam do totalitarismo ao mesmo tempo em que se afastam da idéia da intervenção estatal na esfera do bem-estar social. Desses princípios ele cita os mais importantes

[...] equilíbrio das clivagens sociais, estímulos regulatórios e materiais do Estado a favor da justiça social, reajustamento das condições reais prévias à aquisição de bens materiais e imateriais indispensáveis ao próprio exercício de direitos, liberdades e garantias pessoais, estabelecimento de regras jurídicas em prol do emprego do direito dos trabalhadores (Canotilho, 1999, p. 18).

Rodrigues aponta a afirmação dos direitos sociais como a grande responsável, ao menos em dois sentidos, pela ampliação do papel do Estado na dimensão deste como protetor e provedor desses direitos de cidadania e também no que se refere à maior oportunidade de participação nas decisões políticas num processo de democratização crescente (op. cit. p.11). Alguns autores do século XX foram fundamentais para a ampliação do entendimento do papel do Estado, tais como: Gramsci (o Estado ampliado como a junção da sociedade política e sociedade civil), Polanyi (a “grande transformação” das relações entre Estado e sociedade) e Elias (processo civilizador como fruto da crescente complexidade das relações sociais), como mostra Rodrigues (2003).

Essas novas visões sobre o papel do Estado inspiraram o desenvolvimento do referencial neo-institucionalista, principalmente Polanyi, que é citado diretamente pelos principais expoentes desta corrente. Os neo-institucionalistas

procuram superar tanto as visões anteriores centradas no Estado, visto principalmente de forma restrita como instrumento de dominação, quanto às visões que se opuseram a esta, como a marxista, centradas na sociedade, buscando renovar o entendimento do Estado a partir das suas relações com a sociedade (Skocpol, 1985).

O neo-institucionalismo não se apresenta como uma corrente de pensamento político unificada, mas como um conjunto de autores que utiliza um ferramental analítico que se propõe a entender o Estado e a sociedade, num ambiente cada vez mais constrangido por instituições. O estudo da relação entre Estado e sociedade nesta perspectiva, deve procurar abranger seus papéis, suas relações e a contribuição dos mesmos para a determinação de resultados políticos e sociais das ações de ambos e de suas instituições (Hall e Taylor, 2003). Por promover a discussão acerca do papel desempenhado pelas instituições (estatais e não estatais) no cenário político, econômico e social, o neo-institucionalismo procura se afastar de uma teoria inflexível, para construir um ferramental analítico para o estudo do Estado e das políticas públicas (Marques, 1997).

Para se entender melhor o conceito de instituição, é útil recorrer a Marques (1997), segundo quem para os neo-institucionalistas as instituições se comparam aos campos aliados às regras do jogo e compara os atores sociais aos jogadores que desempenham seus papéis nesse campo de ação. Ou seja, as instituições se referem ao conjunto “de regras formais, procedimentos consentidos, práticas operacionais padronizadas que estruturam a relação entre os indivíduos nas várias unidades da política e da economia” (Hall, apud Marques p. 76).

Esse é justamente um dos aspectos que Canotilho (1997) afirma ser fundamental para que o Estado contemporâneo consiga tornar efetivos seus princípios e valores, os quais são pressupostos básicos do Estado de Direito em que vivemos atualmente. O fortalecimento das instituições, procedimentos, regras, bem como as formas de respeitar os “poderes democráticos” e a “soberania popular” são reconhecidos também por ele como desafios atuais dos Estados contemporâneos. Dentre estes, o atual Estado de Direito (expressão considerada como de origem alemã *Rechtsstaat*) para o mesmo autor é um estado democrático e constitucional que se subordina ao direito e que possui

elementos específicos como a separação dos poderes, garantia dos direitos e liberdades individuais, pluralidade política e social e, sobretudo, legitimidade do poder político e legitimação do povo. Não obstante o fato de ser um estado de direitos é, sobretudo, por essência um estado de justiça como considera o catedrático em Direito autor de obra que trata especificamente do tema.

O estado contemporâneo, o estado ampliado, desempenha seu papel através de as ações que estabelecem valores políticos e sociais, além de causarem impacto no comportamento dos indivíduos visto que é através de pessoas que as instituições vão influenciar as situações políticas. Essa interferência no comportamento social dos atores ocorre na medida em que são apresentados modelos “morais e cognitivos” que são embutidos na identidade dos indivíduos e com o passar do tempo a se tornaram uma identidade da própria instituição (Hall e Taylor, 2003).

Isso ocorre porque todas ações estatais atingem a sociedade e, por isso, como os neo-institucionalistas ressaltam “as relações entre as instituições e a sociedade ocorrem nos dois sentidos” promovendo como resultado desse relacionamento atores sociais moldados pelas mesmas ações estratégicas (Marques, 1997). A mesma corrente do pensamento político relaciona a influência das instituições na sociedade com “[...] a autonomia e poder dos atores estatais”, e sua capacidade de enquadrar a esfera pública “(op.cit. p.79).

No tocante ao poder dos atores estatais, na visão do neo-institucionalismo, as instituições estabelecem e reproduzem relações desiguais de poder. Oferecem a alguns grupos, como Hall & Taylor (2003) definem, um “acesso desigual ao processo de decisão”. Essa assimetria pode acabar gerando inevitáveis conflitos de poder envolvendo indivíduos, segmentos sociais, sociedade e estado ou instituição políticas diversas que tiverem interesses concorrentes.

O Estado por ser uma dessas instituições políticas é um importante ator e autor de ações coletivas que podem ser investidas de certa autonomia burocrática e, por isso, refletem um fenômeno chamado de “insulamento” (pelos neo-institucionalistas é usado com sentido de “isolamento”). O insulamento promoveria o afastamento do Estado dos interesses da coletividade e a partir dessa realidade a definição de políticas públicas aconteceria sem participação ou legitimação

social (Skocpol, 1985 p.80). Como Rodrigues e colaboradores apontam, em estudo sobre a racialização e insulamento da política de saúde, algumas iniciativas estatais são evidências de manobras de atores da burocracia governamental no sentido de impor sua própria agenda.

Isso muitas vezes acontece porque, como conclui Skocpol (1985), pode existir uma influência do estado sobre a esfera pública quando ele determina a agenda política, a qual define de alguma forma as questões que irão motivar as lutas sociais. Além desses atores estatais existem outros (profissionais, representantes de movimentos sociais e da sociedade civil organizada) que acumulam conhecimentos específicos ou experiências concretas que também os coloca em condição de disputa pelo poder político dentro da sociedade e a possibilidade de influenciar as ações coletivas e nos interesses públicos (Marques, 1997).

Nessa perspectiva, o desenho das instituições e o desempenho dos atores estatais na relação bidirecional com a sociedade são importantes para entender os mecanismos de funcionamento do Estado e da participação democrática da sociedade no poder político, com especial interesse desse estudo para o processo de decisão na esfera da saúde.

2.2 DEMOCRACIA REPRESENTATIVA E PARTICIPATIVA

O conceito de democracia, assim como sua organização e o funcionamento, não é consensual, tendo acepções diferentes, segundo a perspectiva e o desenvolvimento histórico. Considerando os significados do termo na Modernidade, eles são evoluções da teoria de Maquiavel, que pressupunha duas formas de governo: a monarquia e a república, sendo que esta corresponderia à forma democrática. Mais recentemente, duas concepções prevaleceram: a liberal e a socialista. A primeira destaca a liberdade individual e sua relação com o Estado, enfatizando as liberdades ou direitos civis e políticos. Quanto à forma de organização do poder político, a visão liberal privilegia o caráter representativo da

democracia. A visão socialista difere no que diz respeito à ênfase na base popular do Estado, uma vertente importante desta visão é a de Marx que criticava o aspecto “formal” das liberdades individuais, que representaria segundo ele um limite para a igualdade social. Ambas as visões consideravam como um elemento central de suas proposições a existência de mecanismos representativos (Bobbio, 1997).

Um ponto comum às visões modernas da democracia é justamente uma das suas características primordiais, ou seja, sua função de regular **quem** tem a autoridade na tomada das decisões coletivas e **de que forma** estas decisões acontecem. E nessa perspectiva, a democracia pressupõe regra da maioria, ou seja, a regra à base da qual são consideradas decisões coletivas. A proposição da democracia representativa como instrumento para a viabilização dos governos democráticos é compreensível ao tomarmos como base a noção da soberania popular e da legitimidade do poder eleito. Conceitualmente, como explica Bobbio:

[...] “democracia representativa” significa genericamente que as deliberações coletivas, isto é, as deliberações que dizem respeito à coletividade inteira, são tomadas não diretamente por aqueles que dela fazem parte, mas por pessoas eleitas para esta finalidade (op.cit. p. 44).

Uma alternativa a este tipo de democracia seria a participação direta da população nas decisões e no controle da execução das mesmas. A participação direta do povo no cenário político é o que se entende por democracia direta que pressupõe a reunião em assembléia de toda a coletividade para tomada das decisões. Como diz Bobbio: “(...) se por democracia direta se entende literalmente a participação de todos os cidadãos em todas as decisões a eles pertinentes, a proposta é insensata” (2000, p. 54).

Não somente insensata, mas também polêmica, essa idéia de participação direta da população está muito centrada no desenvolvimento do “cidadão total”, chamado assim por Dahrendorf (apud Bobbio, 1986), e compreendido por Bobbio como sendo um reducionismo exagerado que pretende transformar todos os interesses da humanidade em interesses da coletividade, ou seja, da pólis. A expectativa de que o indivíduo seja permanentemente politizado com mobilização contínua é completamente utópica, visto que o cidadão também possui interesses da vida privada e são muito poucos os que desempenham um papel próximo ao

de “cidadão total” (op.cit. p. 42-43).

Esse processo da participação da maioria ou de todos (unanimidade) nas decisões coletivas, poderia até ser viável em sociedades pequenas, homogêneas e grupos restritos, mas não parece viável em sociedades de maior complexidade, pautadas por diversidades de toda espécie. Nelas não há como se reduzir a existência da democracia à participação direta dos seus cidadãos. Atualmente a idéia de participação direta pura se configura tão somente como uma relíquia da história das civilizações.

Haveria, de qualquer forma, dois meios opostos de tomada de decisão: por representação ou por participação direta, podendo ambas conviver na democracia representativa. Podem-se conceber, desta forma, duas modalidades de democracia representativa: a indireta (na qual opera apenas o instituto da representação) e a semidireta ou participativa (na qual opera mecanismos mistos da representativa com outros como plebiscitos e referendos). Segundo Bobbio (1997), é necessário conjugar a participação direta, indireta ou semidireta dos cidadãos nas deliberações coletivas, com regras de procedimento para essa participação e também respeito às liberdades individuais que vão garantir que o processo de escolha dos representantes do povo (eleitos) seja feito por cada indivíduo no exercício do seu direito.

A espécie representativa da democracia embora tenha duas linhas de desenvolvimento aparentemente interessantes, como o direito do voto e os órgãos representativos (por exemplo, a assembléia legislativa), não consegue ser legítima na medida em que não fica imune as manipulações e distorções da vontade primária do cidadão. Essa realidade remete à idéia da indivisibilidade da soberania popular de Rousseau que diz:

[...] é indivisível pela mesma razão de ser inalienável. Porque ou a vontade é geral, ou não; ou é a do corpo do povo, ou só de uma parte dele. No primeiro caso, a vontade declarada é um ato de soberania e faz lei. No segundo caso, não é mais que uma vontade particular, ou ato de magistratura; é quando muito, um decreto (2005, p. 40).

Quando considerada como “direito da Humanidade” a democracia vai seguramente requer mais do que formas de representação; a participação direta do povo passa a ser preponderante para que se traduza a verdade das decisões

individuais e coletivas no exercício do poder político. Pedra já alertara que “a democracia participativa implica no exercício direto e pessoal da cidadania” e, em concordância com o autor, acredito que a conjugação dos mecanismos representativos e semidiretos na prática democrática é o caminho mais propenso ao sucesso dentro do processo de democratização em geral e na saúde, em particular (op.cit., p. 14).

Esta última foi a forma adotada pela Constituição brasileira de 1988, a intenção doutrinária foi a de consolidar a democracia semidireta definida em seus artigos:

Art. 1º. A República Federativa do Brasil, formada pela união indissolúvel dos Estados e Municípios e do Distrito Federal, constitui-se em Estado Democrático de Direito [...]

Parágrafo único. Todo o poder emana do povo, que o exerce por meio de representantes eleitos ou diretamente, nos termos desta Constituição.

[...]

Art. 14. A soberania popular será exercida pelo sufrágio universal e pelo voto direto e secreto, com igual valor para todos, e, nos termos da lei, mediante:

I – plebiscito;

II – referendo;

III – iniciativa popular.

Como se pode ver, a Constituição Brasileira incorporou tanto mecanismos de representação, cujos integrantes são escolhidos pelo sufrágio universal, como formas de manifestação ou participação direta da população (plebiscito, referendo e iniciativa popular). Na área social e na saúde, em particular, a participação assumiu uma forma própria, como vai se ver no item seguinte.

2.3 CONSELHOS DE PARTICIPAÇÃO NO SUS: COMUNITÁRIA, POPULAR OU SOCIAL?

A questão da participação social no âmbito da saúde pública no Brasil ganhou espaço de retórica e prática ao longo das últimas duas ou três décadas e sofreu influência de alguns fatores importantes da conjuntura política como, por exemplo, o movimento da reforma sanitária, o processo de democratização do país com a promulgação da Constituição cidadã, a descentralização do sistema de saúde e a inclusão social na gestão da saúde pública. Esta questão assumiu diferentes denominações, como: “da população” na 8ª. Conferência Nacional de Saúde; “da comunidade”, ou “comunitária” na Constituição e nas leis nº. 8.080/1990 e nº. 8.142/1990; e na literatura da área da saúde coletiva: “social”, (Carvalho, 1995); “comunitária” (Heiman et al, 2000) ou, ainda, “cidadã” (Grau, 1998). Adoto no texto a denominação participação social pelo fato de ser a mais amplamente utilizada na literatura do setor no Brasil.

Inicialmente, as discussões sobre a importância da participação da sociedade nas questões da saúde se deram no bojo do movimento da Reforma Sanitária, que emergiu nos anos 70 como resultado de lutas da sociedade brasileira pela redemocratização do país. Este movimento criticava o modelo autoritário-burocrático e excludente que prevalecia no sistema de saúde vigente, entre outras razões, por não permitir a participação dos profissionais de saúde e nem tão pouco da sociedade em geral em suas decisões (Gallo e Nascimento, 1995). Ao movimento da reforma se uniram outros, também de natureza social, que se articularam ao projeto da reforma do setor saúde por terem alguns pontos comuns de luta ideológica que se centravam na defesa dos direitos sociais, incentivo à mobilização social, valorização do saber militante, participação da sociedade civil na formulação das políticas públicas e reconhecimento dos saberes acadêmicos como contribuintes para as discussões coletivas.

Com o crescimento desse movimento tornou-se praticamente impossível a continuidade do tratamento das questões de saúde da população brasileira desconsiderando-se os interesses sociais ou coletivos. Estava apresentada à sociedade uma nova concepção da saúde como assunto de interesse da coletividade, que exigia seu reconhecimento como sendo um direito de todos e impunha naquela ocasião a inclusão da proposta da participação social na discussão do novo sistema que vigoraria a partir da criação do SUS (Gallo e Nascimento, *ibidem*).

Como propostas concretas desse movimento social organizado quanto à participação social no processo decisório no âmbito da saúde estão algumas das muitas resoluções da 8ª. Conferência Nacional de Saúde (8ª. CNS) realizada em 1986. Esta pretendia viabilizar a reforma da saúde através da Constituinte e por meio das suas resoluções que foram construídas tendo a inclusão da população nos debates formais e na formulação de suas propostas finais. O próprio temário desta conferência já anunciava essa intenção ao apresentar três importantes questões: saúde como dever do Estado e direito do cidadão, reformulação do sistema nacional de saúde e financiamento setorial.

Entre as resoluções da 8ª. CNS a respeito da saúde como direito e da participação social, encontra-se:

[...] participação da população na organização, gestão e controle dos serviços e ações de saúde (Tema 1, 5).

[...] participação da população, através de suas entidades representativa, na formulação da política, no planejamento, na gestão, na execução e na avaliação das ações de saúde (Tema 2, 3ª).

[...] conselhos de saúde em níveis local, municipal, regional e estadual, compostos de representantes eleitos pela comunidade (usuários e prestadores de serviço) (Tema 2, 25).

É importante destacar que no momento da 8ª. CNS, a denominação é da população, e não social ou comunitária, constituindo-se num dos principais pontos da proposta de reforma do setor.

Com a promulgação da Constituição Federal, em 1988, os ideários da Reforma Sanitária foram contemplados nos cinco artigos dedicados à saúde e, especificamente, o tema da participação social adquiriu grande importância no novo sistema de saúde adotado (CF art.198, III) ganhando status de diretriz do SUS e de norma constitucional. É importante assinalar que na legislação a denominação adotada é participação da comunidade. Como afirma Cohn (1998), essa participação é um dos componentes fundamentais ao reconhecimento da saúde como direito de todos, afirmando a universalização do acesso ao SUS.

Nessa perspectiva é inegável que a Constituição ao ampliar, na verdade, todos os direitos sociais, na medida em que se estendeu a proteção social – assistência, educação, previdência e saúde (Rodrigues, 2003; Sorj, 2004),

introduziu a participação social nas diferentes políticas do setor. Portanto, podemos situar a questão da participação como parte do desenvolvimento dos direitos sociais e do processo de democratização no país, muito embora não tenha trazido à tona de forma plena a democracia participativa e resgatado de fato o titular original do direito – o povo.

A institucionalização da participação social a partir da democratização iniciada na década de 80 no Brasil formalizou nos conselhos de saúde e outras instâncias colegiadas a possibilidade, ou melhor, o direito do povo torna-se integrante do processo político na medida da sua capacidade de interferir na definição das políticas públicas. Essa institucionalização somente tornou-se realidade, dois anos após a promulgação da nova constituição, quando o arcabouço jurídico ganha contribuição das Leis Orgânicas da Saúde (Lei nº. 8.080/90 e Lei nº. 8.142/90) iniciam o tratamento da questão da participação da comunidade com destaque à sua importância e à forma de organização e funcionamento dos conselhos e conferência de saúde, espaços formais dessa participação.

Como bem lembra Correia (2000), no entanto, esses canais democráticos de participação social passam a ser realidade com a modificação das relações entre Estado e sociedade e, também mediante garantia não somente do exercício do controle social como do acesso igualmente democrático às informações e meios para que a participação se efetive. Isto diz respeito à ampliação do Estado, ou do conceito sobre o mesmo, tratado mais acima.

O conceito ampliado de Estado impõe o entendimento diferenciado da organização estatal e institucional para dar conta de suas novas funções num contexto de crescente “complexificação” social e política. Como conclui Elias, a crescente diferenciação da sociedade, com formação de classes, ocasionava uma maior complexidade nas ações individuais que “teriam que se interligar para que cada ação preenchesse uma finalidade social, mais claramente emergia uma característica específica do órgão central”, aqui entendido como o Estado. Nesse sentido, nasceu para o Estado um papel de coordenador dessa “diferenciação funcional”, controle das instituições que foram se estruturando com objetivo de mediação das relações sociais através de regras administrativas e normas legais, e regulação do poder social inerente a essa função de governo (Elias, 1993).

Nas sociedades mais complexas e diferenciadas as relações entre as classes sociais se tornam muito ambivalentes ou conflituosas, característica básica da vida política, e por isso o processo de desenvolvimento social foi se construindo sobre um aparato normativo (organização administrativa, arcabouço jurídico e burocracia estatal utilitária) que dêse suporte às novas demandas da sociedade política (idem). Uma dessas novas demandas está representada pelo o que se entende por participação social e o estabelecimento de espaços ou canais para a mesma.

Todo espaço de representação ou participação pressupõe a existência de regras para mediar e organizar os conflitos de interesses no seu interior. No caso brasileiro, uma dessas regras relativas aos conselhos e conferências de saúde diz respeito à composição paritária. Como apontam Silva e Labra (2001), o fato de ser paritário não é na opinião delas mera casualidade, mas se constitui numa tentativa de reduzir as desigualdades entre os segmentos representados permitindo o maior equilíbrio entre as forças desses atores sociais distintos. A respeito da força desigual ou poder social as mesmas autoras explicam serem diferentes em função de serem também distintos os elementos que controlam os meios, a organização e o poder de execução das políticas públicas. Como consequência disto, haveria possibilidades desiguais de influência no processo decisório e, portanto, surgiria o dilema da finalidade da participação social.

Sobre a finalidade dos conselhos de saúde em geral, a lei é precisa, confere a eles a atribuição de atuarem na formulação de estratégias e no controle da execução das políticas públicas⁶, mantendo suas articulações com os gestores do SUS, na medida em que “decisões serão homologadas pelo chefe do poder legalmente constituído em cada esfera do governo” (Lei nº. 8.142/90, art. 1º, § 2º). Na mesma lei que dispõem sobre os conselhos e define seu caráter permanente e deliberativo existe uma contradição preocupante na medida em que sua atuação deve ocorrer sem prejuízo das funções do Poder Legislativo (Lei nº. 8.142/90, art. 1º, caput) e, portanto, sua finalidade estaria assim comprometida e seu espaço de

⁶ Tais atribuições são coerentes com as funções clássicas da administração mencionadas anteriormente o que confere aos conselhos de saúde um caráter gestor independente da sua denominação.

atuação limitado.

No entanto, sabemos que a participação social institucionalizada e justificada pela perspectiva democrática depende não somente disso como também de instrumentos que a organize e viabilize, além do acesso da sociedade às informações que devem subsidiar o processo decisório. Para Carvalho, a finalidade dos conselhos é muito ampla e eles representariam um “constructo institucional expressivo da imagem-objetivo da democracia em saúde, perseguida pelo processo da Reforma Sanitária” (Carvalho,1995). Ele critica os militantes ufanistas da reforma do setor que acreditam cegamente na proposição teórica de que os conselhos sejam “um poderoso instrumento da democratização da saúde”, porque eles também podem ser

[...] mais úteis à legitimação do status quo do que à sua mudança seja por força da baixa capacidade da sociedade fazer se representar na complexidade e diversidade dos interesses que abriga, seja por força da alta capacidade dos grupos hegemônicos de articular a máquina estatal a seu favor, qualquer que seja o seu formato institucional (op.cit)

Nessa perspectiva, os conselhos chamados de participação social são, na verdade, mecanismos de representação, nos quais atuam cidadãos eleitos pela comunidade para representá-la, investindo-lhes, desta forma, poder para decidir em seu lugar nas questões da saúde. Além da função de participação no processo decisório dentro do CG e da USF, estes representantes têm entre outras atribuições, a de controlar a execução das políticas de saúde propostas e suas ações em nível local e, portanto, chamaria isso de controle da sociedade sobre o Estado – o controle social.

É importante comentar, ainda, a respeito da atribuição legal de controle social dos conselhos, uma vez que segundo a acepção sociológica tradicional do termo expressa uma restrição da ação individual na sociedade (UNESCO, 1986), a qual pode ser complementada pela regulação de interesses e pressões de vários grupos sociais, conforme Bobbio (1997). Já na acepção de Carvalho,

[...] Controle social é expressão de uso recente e corresponde a uma moderna compreensão da relação Estado e sociedade onde a esta cabe estabelecer práticas de vigilância e controle sobre aquele (1995).

Esta última acepção vê o controle social como vigilância da sociedade

sobre o Estado, suas decisões e práticas que afetam o interesse público. Correia, na mesma linha de raciocínio, entende o controle social como:

[...] a participação institucionalizada da sociedade civil na política de saúde, ou seja, é uma intervenção da sociedade organizada nas ações do Estado na gestão do gasto público (2000).

Vimos, desta forma, que a denominação controle social pode, como alguns autores apresentam, representar fiscalização, intervenção ou participação nas decisões e destinação do orçamento público de acordo com interesses da sociedade civil. Seja como for, entendo que não há controle social dissociado da prática da participação social, ou melhor, para controlar é primordial que a sociedade civil se organize e participe dos espaços formais institucionalizados, como por exemplo, os conselhos de saúde.

Como afirmou Carvalho, os conselhos teriam a difícil missão de garantir a participação social e assegurar o controle social, no entanto, a meu ver, o controle é apenas parte integrante do conjunto de atribuições dos conselhos. É função dos mesmos o exercício do controle das políticas públicas de saúde e, portanto, não há sentido prático algum em dissociar essa atribuição do escopo das demais.

Assim como não há compreensão, em geral, na literatura e no campo da saúde coletiva acerca do caráter representativo dos conselhos de saúde e sua denominação consagrada de “conselhos de participação social”. Vejo aqui um equívoco na medida em que os conselhos de saúde apesar de denominados de participação são, de fato, espaços de representação da sociedade já que as decisões nesses conselhos são tomadas por membros eleitos (democracia representativa) e não pela população em sua totalidade, reunida em assembléia, ou através de referendo, que seriam formas de democracia direta.

Quando falamos em participação social estamos considerando a democratização da gestão da saúde que pode se realizar através dos mecanismos de representação ou participação direta da sociedade nas questões públicas, como também pela mobilização da sociedade ou a forma com que ela se manifesta como lutas e protestos.

Tilly em seu estudo *From Mobilization to Revolution* (1978) trouxe muitas inovações sobre o tema do comportamento coletivo. Ele parte das teorias de Marx, Weber e Durkheim sobre ação coletiva e conclui que esta é mais do que

apenas protestos e rebeliões contra a ordem vigente, esse tipo de ação inclui também manifestações coletivas, petições e marchas ou na verdade “[...] Toda ocasião na qual um conjunto de pessoas confia e aplica recursos, incluindo seus próprios esforços, para fins comuns” (Tilly 1981:17 apud Gohn, 1997).

É possível, a partir das considerações de Gohn sobre o estudo de Tilly, considerar que a construção de uma identidade coletiva é um processo indispensável ao desenvolvimento da participação da sociedade civil nas lutas ou movimentos sociais como acontece, por exemplo, no campo da saúde pública. Tilly fala em utilização de recursos ou esforços próprios de grupos sociais para que a mobilização aconteça e atribui ao sistema político, ou seja, **ao Estado** (grifo meu) a função de “gerador de mudanças” na sociedade, pois ele afirma que

[...] as ações estatais ao atingirem as comunidades ao nível local geram resistência, legitimando ou desligando o repertório de disputas (Gohn, 1997 p.67).

Complementando a idéia do repertório de disputas Tarrow, estudioso dos movimentos sociais principalmente da década de 90, conclui em suas pesquisas que as modificações atingem também o “repertório de símbolos e imagens na cultura política da sociedade”, repertório esse construído pelos próprios movimentos sociais. Ele afirma que a cultura política tem caráter “operacional e pragmático” contribuindo para transformar os símbolos em realidade coletiva e desta forma incentivar a mobilização da sociedade (apud Gohn, 1997 p.93).

A mobilização social assim como a própria atividade dos movimentos sociais⁷ apresenta um padrão de manifestação que retrata se os indivíduos estão mais ou menos estimulados a se engajar nas lutas da sociedade. Para explicar essas “ondas de mobilização” a visão de Tarrow sobre os movimentos sociais apresenta o conceito dos “ciclos de protesto”, basicamente, representados por fases de disputas que produzem e transformam os símbolos e a cultura política com objetivo de ajudar a mobilizar mais pessoas (apud Gohn, 1997 p.95).

Alguns autores apresentam os ciclos de Tarrow como uma grande

⁷ Sidney Tarrow trabalha o conceito de movimento social como (...) “ação que emerge da mobilização da sociedade” e pode ser compreendido como escola para permitir o entendimento sobre os direitos e também meio de disseminar as idéias, ideologias e o próprio discurso político específico (Fowerraker & Landman, 1997).

contribuição para o entendimento do funcionamento dos movimentos sociais. Foweraker e Landman, por exemplo, a partir das idéias de Tarrow, vinculam as mobilizações da sociedade aos protestos contra as condições sociais desfavoráveis, políticas governamentais entre outros e afirma que a “(...) a incidência dos protestos é o maior indicador do grau de mobilização social” (1997 p.39).

É compreensível que esses protestos aconteçam em momentos que correspondam ao topo da “onda de mobilização”, ou seja:

[...] not when a few people are willing to take extraordinary risks for extreme goals, but when the costs of collective action are so low and the incentives are so great that even individuals or groups that would normally not engage in protest feel encouraged to do so (Tarrow, apud Foweraker e Landman, 1997 p. 41).

Além das razões que levam aos ciclos deve-se considerar ainda questão da identidade coletiva dos movimentos sociais. Esta identidade, de acordo com Foweraker e Landman, depende somente do nível de organização dos movimentos, da qualidade da liderança e definição de ações estratégicas, ou seja, depende do grau de institucionalização no interior dos movimentos (idem).

Dessa forma, a mobilização da sociedade não é constante assim como sua participação efetiva nos espaços públicos, como os conselhos de saúde, pode também acontecer de forma descontinuada, como se fossem suspiros de mobilização – com períodos de atuação intensa e outros de esvaziamento político. Uma explicação para esse fenômeno talvez seja o fato dos cidadãos não estarem permanentemente preocupados com os problemas da pólis, ao contrário dos militantes profissionais que podem abraçar causas coletivas em tempo integral. Como vimos o “cidadão total” é mais uma fantasia do que realidade, mas esta fantasia está presente no imaginário de alguns atores da saúde pública brasileira.

Na realidade da política de saúde brasileira a questão da participação da parece ainda ser um desafio aos olhos do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) cuja publicação “SUS desafios e avanços” (2006) dedica um capítulo ao tema (Desafio da Participação Social). Nessa publicação são destacados os avanços no contexto das mobilizações da sociedade e o comprometimento das políticas públicas com a questão da participação social os

dias de hoje quando há um comprometimento reforçado dos gestores do SUS em apoiar e viabilizar essa participação á luz do Pacto de Gestão (2006). Além disso, é reconhecida como central a questão da efetividade da participação social para o desenvolvimento e gestão do SUS e é ressaltada a necessidade do

[...] fortalecimento, aprimoramento e a qualificação dos mecanismos de participação social para o pleno exercício de sua competência prevista na legislação (CONASS 2006 p. 155).

A preocupação deste conselho nacional de gestores do sistema vai ao encontro dos objetivos desta dissertação que estão relacionados à capacidade dos conselhos gestores cumprirem plenamente ou efetivamente suas atribuições de formulação e controle das políticas de saúde, interferindo dessa forma na política pública.

Há concordância a respeito dos avanços do Brasil, em especial no campo da saúde, com relação à ampliação dos espaços de participação social que certamente já evidenciam uma iniciativa de consolidação da democracia no país. Segundo Bobbio houve uma modificação na forma de evidenciar a prova de desenvolvimento da democracia em um dado país que antes era mostrada pela "extensão dos direitos políticos" agora, passa a ser dada pelo número de instâncias em que esse direito pode ser exercido (1997, p. 56).

Contudo, deve-se ainda refletir sobre a qualidade da participação social, a partir do estudar suas experiências nos diversos cenários e níveis do sistema de saúde, identificação de seus nós críticos e investimento em estratégias de fortalecimento desses canais de participação para que possamos nos aproximar da idéia de conselho gestor como real instrumento de democratização do Estado na perspectiva da gestão participativa na saúde.

3. A EXPERIÊNCIA DOS CONSELHOS GESTORES EM TERESÓPOLIS

3.1 O PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA: MARCOS DO NASCIMENTO NO BRASIL E NO MUNICÍPIO DE TERESÓPOLIS

A experiência bem sucedida do PACS desde 1991, no Ceará, sua expansão em 1992 (Norte/Nordeste) e em 1994 para todo o Brasil, aliada à experiência de Niterói (RJ) do Programa Médico de Família (1992) - nos moldes da medicina de Cuba, incentivaram o Ministério da Saúde a criar o PSF em 1994. O programa então foi inicialmente vinculado à Coordenação de Saúde da Comunidade (COSAC), no Departamento de Operações da Fundação Nacional de Saúde (Ministério da Saúde, 2005).

O instrumento normativo de criação do PSF foi a Portaria/MS Nº 629, de 25 de março de 1994, publicada em Diário Oficial da União (DOU Nº 060, de 29 de março de 1994) e em setembro do mesmo ano foi publicado documento definindo os critérios para o convênio com o MS, estados e municípios; financiamento e outras determinações vinculadas ao processo de implantação do programa (op.cit., 2005).

Como proposta oficial do Ministério da Saúde, o PACS e PSF não seriam programas competitivos em termos de sobrevivência operacional e financeira, e sim estratégias complementares vinculadas à atenção básica. E nesse propósito, nos anos seguintes se sucederam mudanças significativas em termos de financiamento do PSF, iniciativas de implantação em todo o território nacional, e esforços para melhorar a divulgação do programa com suas diretrizes mais esclarecidas e consolidadas dentro da proposta inicialmente apresentada.

Assim, documentos de 1997 e 1998 do MS reafirmavam mais claramente o programa como modelo de reorientação da atenção básica tradicional, foi definido junto com o PACS como prioridade no Plano de Metas do Ministério da Saúde. Posteriormente, através da Norma Operacional Básica do SUS – 1996 – houve um incentivo financeiro com a definição do Piso de Atenção Básica (PAB fixo e variável) fundamental ao impulso à implantação do PSF (op. cit.).

Ao final de 1999 a explosão de 1.870 municípios que aderiram ao PSF (idem) era ao mesmo tempo animadora e preocupante na medida em que o objetivo do MS era inserir essa nova estratégia no sistema de saúde em substituição ao modelo assistencial tradicional, oferecendo ampla cobertura populacional e com impactos na situação de saúde dessas comunidades. O desafio nesse processo de implantação das equipes de saúde da família era justamente poder controlar e avaliar os resultados e, para tal, foi desenvolvido o Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) como instrumento de acompanhamento dos indicadores de saúde, do desempenho e dos resultados conseguidos com o PSF além de subsidiar a reorientação das ações desenvolvidas.

Nessa trajetória, o PSF ganhou status de estratégia pelo MS pela sua capacidade de promover a reorientação do modelo de atenção, da organização dos serviços, da porta de entrada no sistema de saúde, e reafirmar os princípios e diretrizes do SUS. Além disso, a estratégia saúde da família trás novas bases de trabalho em saúde, introduzindo noções de territorialidade, clientela adscrita, trabalho em equipe multiprofissional, co-responsabilidade com a comunidade e vínculos com as famílias, profissionais e gestores.

A partir desse momento, ajustes na implantação, funcionamento das USF e ESF bem como avaliação dos resultados já observados em município com equipes atuantes começaram a evidenciar que existem três dificuldades para a consolidação do PSF: recursos humanos; mudança do modelo tradicional hospitalocêntrico e curativo e o monitoramento dos resultados (Ministério da Saúde, 2005). Dentro desse panorama, acrescentaria a problemática dos recursos financeiros e critérios de alocação muitas vezes imprecisos ou desfocados das demandas locais; a pouca autonomia dos municípios na gerencia dos recursos; tímida participação do controle social na esfera municipal (CMS) e local (conselhos locais ou gestores) e, também, a dificuldade de reorganização efetiva do sistema municipal de saúde para viabilizar a atenção integral nos diversos níveis do sistema.

Era preciso naquela ocasião inserir a estratégia numa atenção básica que devia primeiramente ser reorganizada para acolher o PSF com alguma solidez, proposta do MS com a elaboração do Manual de Reorganização da Atenção

Básica no SUS (MS, 1999) e conseqüentes definições de responsabilidades nas esferas de governo. O Departamento da Atenção Básica foi criado também em 1999 e em 2000 foi vinculado à Secretaria das Políticas de Saúde para reorganizar a atenção básica com base na estratégia do PSF.

Em seguida, é criada a Norma Operacional da Assistência à Saúde do SUS (NOAS-SUS 01/2001) que entre outras medidas definiu as responsabilidades e as ações mínimas a serem desenvolvidas nos municípios na garantia do acesso a atenção básica e sua resolutividade bem como a continuidade da assistência em outros níveis de complexidade. Outra das muitas portarias do MS que visam operacionalizar o SUS e, nesse caso em particular, propor medidas para contribuir com a consolidação do PSF e intensificação da atenção básica.

Na ocasião da implantação em 1994, havia 328 equipes de saúde da família com uma cobertura populacional de 0,7% e os recursos do Ministério da Saúde envolvidos no PSF e PACS eram na ordem de 5,2% da atenção básica (R\$ 55,8 milhões). Ao final do ano de 2006, as equipes eram 34.739 representando uma cobertura de 46,19% da população pelo PSF (MS/DAB/PSF/2006).

Os números não negam que houve avanços na expansão do PSF em nível nacional, ainda que de forma irregular entre as diferentes regiões do país. Essa característica também está presente na realidade do município de Teresópolis, mas ainda não há uma cobertura populacional expressiva e cumprir suas pretensões idealizadas desde o momento da elaboração da estratégia saúde da família.

No ano de 2005, ano de referência do presente estudo, no Brasil os números divulgados pelo MS já evidenciam que apesar da expansão das 24.600 equipes de saúde da família atuantes abrangendo 4986 municípios, a cobertura populacional oferecida na ocasião era de 44,4% da população do território nacional. Realidade ainda pior em Teresópolis, onde no mesmo ano, a porcentagem da população cadastrada e assistida pelo PSF era de 31,27% (MS/SAS/DAB/2005).

A primeira equipe de saúde da família foi implantada em Teresópolis em 1999 na unidade básica de saúde (UBS) da Beira-Linha, vinculada a FESO desde

1983, que tinha desde essa época o objetivo de desenvolver atenção primária e servir de cenário de ensino/aprendizagem aos estudantes dos cursos de graduação em enfermagem e medicina. No formato da nova estratégia, a unidade foi transformada de UBS para unidade saúde da família (USF), com reorientação do modelo de atenção primária à saúde da população daquela localidade e, conseqüentemente, redefinição do processo de formação médica voltada ao caráter generalista compromissado com a saúde pública, promoção e prevenção de doenças (TOSTES, 2004).

No ano seguinte, a FESO foi selecionada pelo Ministério da Saúde para ser Pólo de Capacitação, Formação e Educação Permanente das Equipes Básicas do PSF (PCSF) da Região Serrana do Estado do Rio de Janeiro. Os PACSF, segundo Moço, foi uma das estratégias do MS para contribuir com o processo de mudança necessário a implantação do novo modelo. Essa articulação com as instituições de ensino superior (IES), nesse caso especificamente com a FESO, induziria a formação e educação permanente dos recursos humanos em saúde (MOÇO, 2005).

A participação da FESO nesse processo de implantação também se estendeu à orientação técnica das equipes de Saúde da Família, na forma de supervisão em cada área básica (especialidades) e à contratação de profissionais da área da saúde para atuarem nas equipes. Além disso, a instituição de ensino tem papel estratégico na região por contribuir na formação dos profissionais por oferecer um Curso de Especialização Lato Sensu em Saúde da Família desde de 2001, com caráter multiprofissional.

Atualmente, existem 15 equipes cadastradas no SIAB e credenciadas pela CIB no município de Teresópolis onde 14 equipes implantadas atuam nas 12 unidades de Araras, Beira Linha, Barra do Imbuí, Granja Florestal, Granja Guarani, Fonte Santa, Rosário, Vargem Grande, Venda Nova, Meudon, Perpétuo e Quinta Lebrão (SIAB, 2006).

3.2 CRIAÇÃO, NATUREZA E FUNCIONAMENTO DOS CONSELHOS GESTORES

Os conselhos gestores de unidades do PSF em Teresópolis foram criados num contexto político favorável visto que a implantação era uma das metas dos gestores municipais do SUS. Naquele momento, alguns fatores incentivaram a criação e funcionamento desses CG como, por exemplo: manutenção do convênio entre a FESO/PMT; a permanência à frente da gestão do SUS, em geral, e do PSF, em particular, do mesmo grupo de profissionais; a existência de relações próximas e informais desses atores políticos; inexistência de opositores políticos ou oposição da sociedade civil; apoio do Conselho Municipal de Saúde. Segundo a Coordenação da Atenção Básica do município, o funcionamento dos conselhos locais (CG) evidencia a “parceria entre unidades básicas de saúde e população” e possibilita o desenvolvimento do conhecimento mais completo sobre as condições de saúde“ (PMT/SMS/FESO, 2004).

Ainda de acordo com informações verbais da Coordenação da atenção básica do Município, os CG foram criados através de documento formal emitido pelo Secretário de saúde após processo eleitoral nas unidades e entregue ao CMS em solenidade de posse e apresentação dos seus representantes. Esclarece também que a iniciativa de formação desses conselhos locais foi do gestor da SMS que naquela ocasião apoiou Coordenação do PSF nas ações de mobilização social nas comunidades onde já havia USF com equipes já estruturadas e organizadas.

Dessa forma, o primeiro CG nasceu em 2000 na USF da Fonte Santa e, no ano seguinte, em Vargem Grande. Após três anos de experiência das unidades com CG já implantadas houve criação de outros dois conselhos: Venda Nova e Beira-Linha em 2004 (Pestana, 2006). Nas demais unidades não houve êxito nas tentativas de implantar CG e essa realidade continua até os dias de hoje apesar da intenção dos atores estatais em expandir o número de CG nas USF.

O processo de organização dos CG foi gradual e muito pautado no instrumento normativo construído pela SMS, que assume o caráter inovador dos CG no PSF e aponta a dificuldade de contar com experiências semelhantes no

cenário loco-regional para servir de modelo ou orientação para esse processo. Assim, em 2002, o documento “Conhecendo o PSF” reuniu informações consideradas fundamentais na orientação desse processo, sendo elaborado em ação conjunta entre a SMS do município, a FESO, PCSF-RJ e PMT.

O referido documento propõe discutir o PSF no Brasil e em Teresópolis abordando temas como o dia-a-dia da unidade; o que é o Conselho Gestor; as relações com a comunidade e as responsabilidades dos profissionais do PSF e dos supervisores do programa. Além disso, disponibiliza uma relação de profissionais a quem recorrer para resolução de questões relacionadas ao PSF e a distribuição das equipes existentes no município (PMT/SMS/FESO/PCSF-RJ-FESO). Há nesse mesmo documento uma intenção de esclarecer o que é CG e seu funcionamento. Nele os gestores apresentam o CG como um “órgão de participação social voltado para contribuir com a formulação das linhas de trabalho das unidades de PSF e realizar o controle social sobre as atividades realizadas” (op.cit .p. 8).

A composição do CG está em consonância com a dos conselhos municipais de saúde, sendo paritária entre os representantes dos usuários e demais conselheiros, onde 50% é de representantes da comunidade, 25% dos profissionais da unidade e 25% de representantes da administração pública da SMS.

As atribuições do CG ficaram definidas no mesmo documento e são apresentadas da seguinte forma:

- ▣ Realizar diagnóstico de realidade do bairro e do trabalho na unidade básica de saúde (UBS);
- ▣ Debater junto com a população, administração e os trabalhadores de saúde um plano de trabalho para a unidade, decidindo as prioridades e ações que serão desenvolvidas;
- ▣ Avaliar o atendimento e propor melhorias;
- ▣ Discutir os recursos humanos, materiais e condições de trabalho necessárias ao bom andamento da unidade de saúde;
- ▣ Propor treinamento e reciclagem para os trabalhadores de saúde;

- ▣ Participar, buscar e cobrar informações na SMS, CMS e outros órgãos;
- ▣ Ampliar as discussões na comunidade sobre a área de saúde, fortalecendo a organização e mobilização de toda a sociedade;
- ▣ Propor ações para solucionar os problemas de funcionamento da UBS;
- ▣ Organizar os serviços de saúde, atendendo as necessidades prioritárias da população pela UBS.

Dessa forma, o CG tem, basicamente, funções de gestão e de representação da comunidade local no processo decisório sobre questões relacionadas à saúde. E guarda ainda que teoricamente a intenção de ser o canal mais efetivo de participação social no SUS, em particular no PSF, em nível local.

As atividades e atribuições dos CG são reguladas por meio do regimento interno do CG que é o mesmo para todos os conselhos das diferentes USF do Município e foi elaborado pela coordenação do PSF. No capítulo II do regimento interno que discursa sobre as atribuições do CG ficou definido que o conselho tem como finalidade a consciência coletiva e o bem comum, devendo discutir e buscar soluções dos problemas de saúde da comunidade. Sobre sua composição, há garantia do princípio da paridade e do processo de escolha dos membros por meio democrático e seus representantes têm suas atribuições determinadas reforçando a importância da relação entre usuários, profissionais da unidade e administração municipal.

No que se refere ao funcionamento dos CG os artigos 7º ao 14º (Capítulo IV) definem a periodicidade mensal das reuniões ordinárias, forma de deliberação por voto em aberto das três partes, registro em ata de todas as decisões tomadas no CG, assiduidade dos membros e a período de dois anos do mandato dos membros representantes. Determina também que todas as decisões tomadas em âmbito do CG devem ser fruto de votação e não consenso e com relação aos encaminhamentos formais dessas e outras questões a SMS, não há nenhum outro recurso além das atas das reuniões e ofícios freqüentemente utilizados para dar prosseguimento a algumas solicitações voltadas ao melhor ao funcionamento da unidade.

Os membros eleitos em votação na comunidade tomam posse em reunião do CMS, como dito anteriormente, e têm seus cargos de titulares ou suplentes

definidos. Quanto ao presidente do CG foi definido que cabe a ele, entre outras, a responsabilidade de convocar e conduzir as reuniões, coordenar o processo de tomada de decisões e fazer cumprir o regimento interno desse conselho. No caso da falta ou desligamento definitivo de algum membro do CG o seu suplente eleito assume suas atribuições dentro do colegiado imediatamente, sem nenhum procedimento adicional.

3.3 AS INSTITUIÇÕES E ATORES ANALISADOS

No contexto em que o estudo se desenvolveu foi primordial identificar e analisar as principais instituições políticas e seus atores, bem como as relações estabelecidas entre eles, no contexto da saúde pública em Teresópolis. Assim, as principais instituições analisadas nesse contexto são: Secretaria Municipal de Saúde de Teresópolis (SMS) - Coordenação da Atenção Básica e do Programa Saúde da Família, Conselho Municipal de Saúde (CMS), Conselhos Gestores (CG) e FESO. Esta última é uma instituição que desempenha um papel chave para o funcionamento do SUS no Município; é uma fundação de direito privado, fundada em 1966 (Decreto Municipal no. 2/66 – Prefeitura Municipal de Teresópolis) e a segunda maior organização econômica, político-social e educacional e cultural da cidade de Teresópolis e da região (FESO, 2006).

Além das instituições, foram analisados os atores políticos e suas formas de interferir na condução de políticas locais. Um dos fatores analisados se refere ao fato destes serem ao mesmo tempo gestores do SUS, docentes da FESO e, ainda em muitas vezes, profissionais de saúde da rede. Essa multiplicidade de funções estaria relacionada à continuidade das políticas locais, principalmente na área da saúde, pois ações individuais e coletivas dos atores comuns às instituições podem defender interesses compartilhados.

Tal fato, freqüente em municípios de pequeno e médio porte, com sistemas políticos menos complexos e atores comuns, é evidenciado no cotidiano das ações políticas e sociais tanto da Prefeitura Municipal de Teresópolis e SMS quanto da FESO. Portanto, ao longo das últimas décadas a ligação da FESO com a SMS foi se consolidando através de parcerias que iniciaram em 1972, pela então Faculdade de Medicina de Teresópolis, em relação ao Hospital das Clínicas de Teresópolis (HCTCO), que presta atendimento (atenção secundária e terciária) a população local e dos municípios vizinhos. Essa parceria se consolidou mais efetivamente a partir de 1999, a partir da iniciativa de implantação do PSF no Município.

Há outro marco da parceira institucional com o poder público local que é representado pela relação com a sociedade no que se refere à participação social no SUS, na esfera do controle social, seja nas Conferências Municipais de Saúde ou no Conselho Municipal de Saúde (CMS). Na primeira, desde 1991 a instituição tem representação assegurada e também disponibiliza instalações do campus sede e apoio administrativo para realização do encontro bianual (Miranda, 2005).

Na esfera do CMS, desde sua implantação há quinze anos a FESO tem participação garantida e exercida por profissionais do corpo docente e/ou membros da Direção da instituição, eleitos em processo democrático durante a Conferência Municipal de Saúde. Além disso, o cargo de presidente desta instância colegiada de participação social é ocupado com freqüência por docente desta instituição, o que deveria assegurar no mínimo uma aproximação entre as proposições institucionais e os eixos norteadores da política local, em especial da área da saúde.

O CMS em Teresópolis não teve períodos de descontinuidade em suas atividades, funcionando na sede da SMS, com reuniões mensais, garantindo participação paritária e com uma estrutura administrativa oferecida pela gestão municipal. As reuniões são abertas à população e suas atas e documentos formais encontram-se disponíveis na secretaria executiva do CMS na sede da SMS. Ao momento deste estudo, o Conselho era presidido pelo próprio gestor municipal.

Sobre a participação da FESO nas instâncias do poder público local é

possível dizer que é um fato antigo e ainda atual em Teresópolis e contribui para certa estabilidade política na medida em que os atores que ocupam cargos decisórios no comando da administração pública são os mesmos ao longo dos anos e quase sempre vinculados a FESO, também em cargos estratégicos. No entanto, a crítica se impõe nessa aparente estabilidade visto que pode esconder uma atmosfera de informalidade nas relações dentro do governo local e no seio da sociedade, o que compromete a continuidade e legitimidade das ações e políticas desenvolvidas.

Nesse sentido, é possível pensar que essa situação também se reproduz dentro dos CG com a presença de representantes da SMS e profissionais de saúde da unidade que desempenham diversos papéis simultâneos que se confundem e podem ser motivo de interferências ou contradições nos processos de tomada de decisões. Os interesses que muitas vezes parecem ser semelhantes, em outros momentos, podem induzir esses atores com várias vinculações a permanecerem na superficialidade no desempenho de sua função dentro dos CG, causando assim algum prejuízo no cumprimento das atribuições desses conselhos locais de saúde.

Os primeiros passos para entender melhor essas relações políticas está no reconhecimento da composição social dos atores entrevistados e, mais adiante, na análise dos conselhos de saúde.

3.3.1 O perfil social dos atores entrevistados

Os atores entrevistados (11) foram identificados no estudo em dois grupos definidos a partir das funções que estes desempenhavam na SMS, UBS e na FESO, da seguinte forma:

- ☐ Gestores do sistema (6): pessoas relacionadas à gestão da saúde no Município, sendo sua maioria vinculada a instâncias de gestão do sistema (SMS, CMS, FESO);
- ☐ Gestores de unidade (5): pessoas ligadas à gestão da unidade de saúde

(conselheiros do CG e profissionais da equipe de saúde do PSF).

Os gestores do sistema ocupam cargos com as seguintes características nas respectivas instituições: coordenação e direção na SMS, presidência e conselheiro do CMS e direção na instituição de ensino superior (FESO). Dentre eles existem médicos (54,6%), enfermeiros (18,2%), aposentados (18,2%) e do lar (9%), esta não desempenha atividade remunerada.

A maioria das pessoas é do sexo feminino (63,6%) e quase totalidade dos entrevistados possui idade superior a 40 anos. Desses, a grande maioria tem nível superior (72,7%) enquanto três pessoas possuem somente o segundo grau completo (conselheiros do CMS e dos CG da Beira-Linha e Fonte Santa).

Dos seis gestores do sistema de saúde entrevistados, três são funcionários da SMS, dois são membros do CMS (presidente e conselheiro do CMS como representante dos usuários) e um deles tem vínculo com a SMS em cargo de gestão, mas foi entrevistado pela sua vinculação profissional com a instituição de ensino superior FESO na qual ocupa cargo estratégico de direção. Quase todos estes têm experiência de mais de 10 anos em cargos de gestão da saúde em Teresópolis (83,4%).

Entre os chamados gestores de unidade (5), dois profissionais de saúde (total de 3 profissionais) entrevistados são os que possuem mais experiência no PSF e na questão da participação no CG de unidade, pois estão vinculados ao Programa desde sua implantação no Município (há 7 anos). Já sobre os conselheiros do CG (2), um deles acompanhou todo o processo de implantação do Programa em Teresópolis e possui uma identidade com a UBS Fonte Santa por estar na função de presidente do CG desde 2000 quando se iniciou essa experiência..

Percebe-se, portanto, que dos 5 atores entrevistados nas unidades de saúde da Beira-Linha e da Fonte Santa apenas um conselheiro e um profissional têm vínculo recente com o PSF, ambos menos com menos de 2 anos de atuação. Os demais acumulam mais de cinco anos de experiência na ESF e na dinâmica de funcionamento do CG naquelas comunidades.

Quanto à experiência profissional no âmbito da gestão em saúde, entre os gestores do sistema (6) 83,4% possui uma trajetória em funções de gestão do SUS em nível municipal de mais de 10 anos. O membro do CMS representante

dos usuários apesar de não possuir nenhum vínculo público, nunca ter ocupado cargo na administração pública da saúde e não ter formação superior possui uma relação estreita com o CMS e a SMS, pois participa ativamente desde a criação do CMS há cerca de 15 anos. Ele mesmo reconhece essa relação em sua fala: *“[...] acompanho o CMS e a questão do controle social aqui em Teresópolis desde o início e como tive interesse e tempo pra me dedicar ao longos dos anos, fui me capacitando pra poder entender melhor sobre o SUS e a saúde pública”*.

Outro aspecto interessante está na coincidência ou concorrência entre as funções desempenhadas pela grande maioria dos profissionais da saúde no Município. Há entre os entrevistados, o fato de ocuparem mais de um cargo ou função nas principais instituições políticas. Eles são gestores públicos, profissionais da rede pública e privada de saúde, docentes da instituição de ensino superior que participa diretamente na administração da saúde no Município e, ainda, potenciais usuários do SUS.

Com exceção aos representantes dos usuários nos conselhos de saúde (3) os demais entrevistados nessa pesquisa possuem vínculo duplo com a SMS e a FESO, a maioria há mais de 10 anos, e alguns mais maduros tiveram toda sua vida profissional construída nessa situação. Vale destacar que há concordância entre todos os entrevistados com relação à interdependência dessas instituições, bem como o papel fundamental da FESO no desenvolvimento local do SUS.

Nesse período de mais de trinta anos de convênio entre SMS e FESO, e mais recentemente com relação ao PSF, é consenso nos discursos dos atores entrevistados que os interesses foram quase sempre coincidentes, o que viabilizou mais facilmente a implementação e sustentabilidade de muitas políticas de saúde em Teresópolis. Um dos profissionais lembra que *“[...] sem essa parceria seria impossível fazer saúde aqui na cidade [...] o Programa Saúde da Família não teria como existir se não fosse a participação da FESO”*; outro valoriza a parceria entre as instituições, mas destaca que muitas vezes estar vinculado as duas pode ser conflituoso: *“as questões chegam pra mim de uma forma até engraçada porque nas reuniões eu represento a SMS, mas não tem como deixar de representar um cargo, então na verdade esse acúmulo de funções pode ser positivo de um lado _ por eu poder ter conhecimento das questões e ter a possibilidade de dar seqüência à resolução dos problemas, mas*

pode também causar várias dificuldades”.

O discurso unânime no sentido da integração das instituições e do compartilhamento dos seus interesses políticos em Teresópolis foi uma constatação. No entanto, um dos entrevistados salientou a dificuldade que sente em separar, na prática, os interesses das instituições que representa em diferentes momentos da vida profissional. Isso acontece, segundo o neo-institucionalismo, devido ao fato da imagem e identidade dos atores sociais serem construídos a partir das próprias instituições e vice-versa. Existe, portanto, um significado social e político nas ações dos indivíduos assim como nas convenções das instituições, e por isso, não há como separar um pólo do outro.

Os neo-institucionalistas sugerem que os atores e seus comportamentos são fundamentais para a análise institucional uma vez que é através das ações dos atores que as instituições podem exercer algum tipo de interferência sobre as situações políticas. Além disso, as instituições reúnem regras de procedimento, normas, modelos morais e cognitivos que vão desenhando um comportamento dos indivíduos e determinam o padrão das ações coletivas (Hall e Taylor, 2003).

Dessa forma, é possível compreender que indivíduos vinculados a várias instituições políticas, como acontece em Teresópolis, podem ter dificuldade em desempenhar suas funções, pois seu “comportamento estratégico” na verdade é produto das formas diversas como as instituições distintas exercem seus papéis e administram seus interesses, que nem sempre são semelhantes.

Sobre os conselheiros de saúde que participaram deste estudo (3), podemos concluir através do perfil social que um deles tem menos experiência na função (2 anos), nunca participou de nenhum movimento social ou organização social na comunidade da Beira-Linha; os outros dois (CMS e do CG da UBS Fonte Santa) são indivíduos que também não possuem formação superior, mas que têm desempenhado papel de líderes comunitários. Estes exercem há mais de cinco anos a função de representantes da sociedade nos fóruns pertinentes sobre a saúde no Município, e dizem ter participado de algumas oportunidades de capacitação, ampliação do acesso a informações e espaços onde pudessem se aproximar mais dos temas em debates na área da saúde. Ambos referem que a coordenação do PSF e os demais gestores sempre estiveram à disposição para

esclarecer dúvidas sobre o funcionamento do SUS e sobre os direitos dos cidadãos no sistema, apesar de não haver nenhum registro ou informação de iniciativas de capacitação pra conselheiros no Município.

Há relato dos gestores sobre essa questão, digo, de todos os gestores. Estes pensam conforme os conselheiros, considerando importante o investimento público em capacitações voltadas à qualificação dos conselheiros e democratização da informação para a sociedade em geral. Todos eles destacam como ponto negativo o fato de não haver essa prática em Teresópolis.

Em resumo, o perfil social dos atores que representam a gestão local e municipal do SUS em Teresópolis evidenciou que são em sua maioria mulheres, pessoas maduras (mais de 40 anos), com formação superior e com experiência profissional no SUS e na IES do Município. Os representantes da comunidade nos conselhos são, em sua maioria, maiores de 40 anos, com certa experiência acumulada sobre a questão da participação social, sem formação superior e não têm vínculo empregatício com a SMS e nem com a IES.

3.3.2 O Conselho Municipal da Saúde

Foram analisadas as atas das reuniões ordinárias e extraordinárias do CMS, no ano de 2005, com o objetivo de identificar relação formal entre os CG de unidades e o Conselho Municipal, seja através da participação dos conselheiros dos CG nessas reuniões, ou pelo encaminhamento de demandas ou decisões tomadas por aqueles conselhos locais de saúde, ou resoluções do CMS sobre problemas locais de saúde daquelas comunidades.

No total foram realizadas, de janeiro a dezembro de 2005, 16 reuniões do CMS convocadas formalmente. Destas reuniões apenas 3 (18,8%) foram convocadas em caráter extraordinário e as demais ocorreram de acordo com a periodicidade definida (mensal).

No aspecto da formalidade de suas atas, não há propriamente um padrão

de anotações sobre os discursos dos participantes ou assuntos tratados. Ou seja, ora as atas se assemelham à sínteses ora aparecem como transcrições literais das falas dos participantes. Além disso, existe em algumas delas nitidamente uma maior preocupação no registro desses discursos e menos destaque ao detalhamento das deliberações do conselho. Assim como não há informação completa sobre a identificação dos membros do Conselho que estão presentes, apenas constam nomes – nem sempre completos – e abreviações das entidades que representam. Na totalidade das atas há menção de leitura e aprovação da plenária da ata da reunião anterior e todas acontecerem seguindo a pauta apresentada.

No que se refere à presunção de veracidade das atas, como documento de fé pública, cabe ressaltar que as atas do CMS não são registradas em Cartório, mas atendem aos critérios de legalidade e veracidade dos atos públicos em geral, segundo as regras do direito administrativo na medida em que são elaboradas por funcionário público (SMS) e assinadas pelos participantes da assembléia, no caso o CMS (Filho, 2003).

Há menção aos CG de USF em apenas três atas analisadas, onde foi identificada em ata a presença de membros desses conselhos locais de saúde. Ou seja, em menos de 20% das reuniões os Conselhos Gestores estiveram direta ou indiretamente participando do CMS. Em ordem de acontecimento, em fevereiro de 2005, foi possível identificar registro de presença dos conselheiros eleitos do CG da Beira-Linha, que na ocasião tomaram posse oficialmente, como previa os assuntos de pauta. Nesta mesma oportunidade, foi registrada fala do então presidente do CMS que “os convidou a participarem das reuniões do CMS trazendo as demandas e dificuldades das unidades”. Um dos conselheiros representante dos usuários complementa a fala do presidente do CMS, dizendo: *[...] “a coisa mais importante que existe no SUS é esta participação [...] Gostaria que esse Conselho Gestor exercesse o seu papel porque ele se compõe também de três segmentos que são o de usuários, profissionais e prestadores de serviço”*.

Na reunião realizada em março, consta em ata a intervenção da coordenação do Programa Saúde da Família em Teresópolis que faz menção ao CG apenas para propor correção em trecho da ata da reunião anterior, onde constava erro ao registrar a posse do CG da unidade da Beira-Linha. Já em junho

do mesmo ano, um representante do CMS reitera pedido de encaminhamento rotineiro das atas das reuniões que acontecem nas USF, promovidas pelos CG. Ou seja, ele propõe o estabelecimento de um canal de comunicação entre os dois conselhos de participação social - a nível local e municipal - para que haja acompanhamento das ações desenvolvidas na UBS e maior efetividade do CG.

Uma única vez, portanto, num ano de atividades (2005), a questão do fluxo de encaminhamento das atas do CG para o CMS com finalidade de promover a interlocução sobre as demandas locais de saúde da população é tema de discussão em reunião do CMS. Houve registro do pedido da SMS no sentido de reiterar essa requisição, mostrando que a gestão também valoriza esse contato entre os conselhos, no entanto não há posicionamento sobre essa solicitação ou nenhuma menção nas atas seguintes que apontassem para o recebimento desses documentos solicitados.

Das situações onde o CG esteve ao menos citado nas atas do CMS, é preciso concordar que nenhuma pode ser considerada como participação efetiva dos CG no sentido do controle social e do exercício da representação social. Ao menos a posse do CG que se dá em reunião do CMS, com ato formal e resolução assinada pelo Secretário de Saúde, reflete a preocupação com a legitimidade não somente do processo de eleição democrático, como também dos Conselhos Gestores.

Em outras três reuniões (18,8%) foram tratadas questões relacionadas ao PSF, especificamente a falta de medicamentos e problemas com a equipe de Saúde. Estes assuntos foram apontados por um profissional que atua em uma das unidades, na qual existe CG, e também por um usuário. Esses dois discursos aconteceram, segundo registro das atas, no momento da dinâmica da reunião chamado "informes gerais" onde a população pode fazer uso da palavra, ou seja, foram reclamações formalizadas sem nenhuma participação dos conselheiros eleitos dos CG das unidades referentes às reclamações.

No geral, o CMS tratou de questões da saúde do Município, definindo as políticas locais, dentre elas política de desenvolvimento de recursos humanos para a área da saúde, saúde mental, saúde do trabalhador, saúde materno-infantil. Destacaram-se alguns assuntos deliberados democraticamente por meio

de votação aberta nas plenárias do CMS, como os seguintes: elaboração do Plano Municipal de Saúde, organização da VII Conferência Municipal de Saúde, apresentação do Pólo de Educação Permanente em Saúde da Região Serrana, participação nas Conferências Estadual e Regional de Saúde do Trabalhador, HumanizaSUS, apresentação e análise dos relatórios mensais da Central de Regulação de Leitos, relatórios de auditoria do DENASUS e relatório de prestação de contas da SMS referente ao ano anterior (2004).

Além disso, foram também registradas várias participações de conselheiros, sobretudo de representantes dos usuários, em eventos realizados pela Secretaria Estadual de Saúde do Rio de Janeiro e pelo Ministério da Saúde, cujas temáticas centrais eram as questões da saúde e da participação social na gestão do SUS, como por exemplo, o I Seminário de Gestão Participativa em Saúde do Estado do Rio de Janeiro. Esses eventos foram comunicados pelo gestor municipal que incentivou a participação dos conselheiros do CMS, o que demonstra que a SMS acredita na importância do envolvimento deles nos espaços de democratização de informações, onde há possibilidades de ampliação de conhecimentos sobre a gestão pública em saúde.

Sobre os problemas formalizados em reunião do CMS foi possível perceber um certo padrão na forma de resoluções dos mesmos, ou seja, os problemas são expostos, algumas considerações em geral são feitas e depois a maioria retorna como ponto de pauta em reunião subsequente, onde a SMS presta algum tipo de esclarecimento. Dentre os poucos problemas citados em ata a respeito do PSF (3), descritos anteriormente, um deles aparece como item resolvido pela SMS segundo informa o próprio gestor (questão dos recursos humanos) e o outro (falta de medicamentos) não aparece novamente nas atas, nem como problema solucionado nem como reclamação reiterada. Apesar disso, no geral, considero que há uma evidência concreta da preocupação da gestão do Município em acolher as demandas e reivindicações da sociedade, o que se traduz em um sinal de legitimidade deste Conselho.

Finalmente, em mais de 50 % das reuniões foram apresentados projetos da FESO que teriam impacto na saúde da comunidade e, estes foram colocados à apreciação do CMS para aprovação. Um dos citados em ata foi o Projeto de Humanização da Assistência aos Usuários do SUS na Emergência do HCTCO.

Essa prática evidencia que existe relação entre essas instituições e estas com a comunidade local, reafirma a legitimidade social desse conselho de saúde, dá sinal de que a participação social é reconhecida pela gestão da saúde no Município.

A participação das instituições e dos segmentos sociais, previstos na legislação específica (Resolução nº333/03), esteve garantida no CMS de Teresópolis na forma de entidades de usuários, trabalhadores de saúde e representantes do governo e prestadores de serviços. Estes estiveram presentes em 16 ocasiões em que o CMS se reuniu oficialmente, com pouquíssimas ausências de seus membros titulares, ou seja, não houve no ano de 2005 esvaziamento político do conselho.

Concluindo a análise documental das atas das reuniões do CMS em 2005, com base nas categorias de análise definidas é viável dizer que a participação social no CMS é uma realidade quando traduzida nas participações dos seus membros titulares e suplentes. O mesmo não aconteceu quando se buscou identificar a participação formal de membros dos CG de unidades de Saúde da Família do Município.

Quanto às relações com as instâncias do SUS, o CMS mostrou estar distante dos CG das unidades de Saúde da Família, já que seus conselheiros não participaram com frequência significativa das reuniões do CMS e não houve nenhum relato de encaminhamento formal de demandas de saúde das comunidades onde havia CG. Na verdade, as únicas demandas relacionadas à Saúde da Família ao longo do ano foram apresentadas diretamente por um profissional de saúde e um usuário.

No entanto, a relação do CMS com as Coordenações da Atenção Básica e do PSF foi bastante próxima e direta devido à presença desses gestores na grande maioria das reuniões realizadas. Fato que se repetiu quando nos referimos à relação entre CMS e FESO. Já entre o gestor municipal e este colegiado, o relacionamento foi permanente, visto que naquela ocasião o CMS tinha no assento de presidente o próprio Secretário de saúde.

O CMS possui, portanto, certo grau de institucionalidade no sentido do cumprimento de suas atribuições e alguma preocupação com a formalidade dos

atos administrativos, ao menos no que se refere à elaboração e obediência ao Regimento Interno do Conselho, forma de decisão por meio de votação, iniciativa da gestão em incluir seus membros em capacitações promovidas em nível de Estado e Ministério da Saúde e, por último, na regularidade mensal de suas atividades. No entanto, quando analisado o fluxo de encaminhamento dos problemas ou situações de saúde e das decisões do Conselho, as atas não revelam precisamente dados sobre o assunto. Quanto à natureza das decisões do CMS, pode-se dizer que tratou de problemas relacionados aos serviços de saúde da rede pública e prestadores de serviços privados conveniados; problemas de saúde da população e aspectos do funcionamento do Conselho, nessa ordem de frequência.

O CMS mostrou um estágio de desenvolvimento institucional que permitiu reconhecer a importância da participação social na gestão do SUS, especificamente com relação ao CG, e a legitimidade desses conselhos locais de saúde na medida em que sua posse é dada pelo gestor municipal na reunião ordinária do CMS. Apesar disso, não recebeu em 2005 nenhum encaminhamento formal, resolução, ofício, cópia de ata das reuniões do CG que pudessem pontuar as questões de saúde da comunidade local. Estas se encaminhadas ao CMS ou SMS chegaram de outras formas, quem sabe informais, que não passaram pela atuação dos representantes locais da comunidade, conselheiros do CG, eleitos também para esse propósito.

3.3.3 Conselhos Gestores das Unidades de Saúde da Família

Para o estudo foram escolhidos dois CG das unidades de Saúde da Família da Beira-Linha e da Fonte Santa, por motivos antes explicados na metodologia proposta. No ano de 2005, o CG da unidade da Fonte Santa – o primeiro de Teresópolis, não se reuniu e enfrentou-se nessa unidade um período de esvaziamento e desarticulação que coincidiu com o afastamento do presidente do conselho, morador da localidade com reconhecida liderança na comunidade, conforme relato da coordenação do Programa e dos profissionais da equipe de

saúde da Fonte Santa quando entrevistados (informação verbal). Por esse motivo, só houve possibilidade de acesso às atas das reuniões do CG da unidade da Beira-Linha para realizar a análise documental proposta.

O CG desta unidade foi eleito em dezembro de 2004, tomou posse em 17/02/2005 no CMS e suas reuniões iniciaram então a partir de fevereiro, quando houve sua posse no CMS. Participaram das eleições 115 pessoas da comunidade que votaram e elegeram, dentre os 6 candidatos, duas pessoas que seriam os seus representantes no CG. Estes foram eleitos com 36 e 24 votos, respectivamente. Os representantes da USF e da SMS foram indicados pela coordenação do Programa e pela própria equipe de saúde da unidade da Beira-Linha.

Foram realizadas no total 11 reuniões do CG, no período de fevereiro até dezembro de 2005. As primeiras duas reuniões do CG da UBS Beira-Linha trataram da apresentação dos membros do CG à equipe de saúde e apresentação do Regimento Interno que regula suas atividades.

▣ Participação Social

Sobre a participação social no CG foi possível identificar em três atas das reuniões que existiu um relativo esvaziamento basicamente em função da ausência dos representantes da comunidade (titular e suplente), um deles o próprio presidente do CG. Essa ausência foi registrada em uma das atas (agosto) a pedido dos demais membros do conselho que aproveitaram para reafirmar a importância da participação dos usuários para manter os CG ativos. Em outras duas reuniões foi evidenciada a participação direta de usuários, moradores da Beira-Linha, os quais formalizaram reclamações sobre o funcionamento da unidade e reivindicações por ações preventivas destinadas àquela população.

▣ Relações do CG com demais instâncias do SUS

Não houve menção sobre relações formais do CG com os gestores do sistema de saúde no Município. No entanto, destaco que o envolvimento da gestão municipal com o PSF e o CG pôde ser percebido já que seus representantes estiveram presentes em todas as reuniões do CG. Importante ressaltar ainda que a UBS da Beira-Linha possui uma estrutura administrativa que atende à Coordenação do PSF, por isso existe a possibilidade de haver contato direto entre

os usuários e equipe de saúde com a coordenação do Programa.

O CG e a unidade mantêm relação muito próxima na medida em que tratam das questões dos serviços de saúde prestados, das demandas de saúde da população e dos problemas que relacionam os usuários e os profissionais. Essa relação foi mencionada em ata, no mês de setembro, quando o CG recebeu o relatório de atividades da unidade com o propósito de subsidiar a proposta de planejamento participativo das ações da unidade e elaboração do Plano de Trabalho – proposta dos gestores (SMS).

▣ Institucionalidade dos CG

No que diz respeito ao grau de institucionalidade desse conselho local, ficou pouco evidente que o CG tenha desempenhado naquele ano as funções a ele atribuídas, funções básicas próprias da gestão. Algumas etapas como o diagnóstico da situação de saúde da comunidade e avaliação das ações da USF não foram realizadas nem discutidas no conselho; a questão do planejamento apesar de não ter sido efetivamente realizado ao menos foi discutida quando houve proposição de elaborar o plano de trabalho para a unidade, que segundo o Regimento Interno dos CG deveria ser semestral.

Quanto ao caráter formal das atas, foi possível verificar nesses documentos as mesmas características apontadas nas atas do CMS. Ou melhor, as atas do CG ainda estavam em situação mais crítica, pois havia pouca clareza, objetividade e coerência na forma de registro dos temas tratados em reunião. A formalidade dos atos dos CG está prevista no capítulo IV de seu regimento interno e apesar disso não foi plenamente garantida pelo CG da Beira-Linha que deixou de observar várias de suas regras e normas como, por exemplo, a obrigatoriedade de votação aberta para tomada de decisões (Art. 8º, RI), obrigatoriedade do registro das deliberações em ata, leitura e aprovação das atas pelos membros e registro das posições majoritárias e minoritárias em cada votação (Art. 12º, RI).

O mesmo CG em outro momento recorreu ao mesmo instrumento normativo, o regimento interno, para esclarecer a questão da representação e participação social no PSF quando questionada em certa reunião do CG da Beira-Linha. Naquela ocasião, a possibilidade de participação de outras pessoas da comunidade no CG foi colocada em discussão por parte dos representantes dos

usuários e foi rebatida pelos representantes da SMS, com base no RI que define:

“O Conselho Gestor de Unidade de Saúde da Família poderá convidar para participar de suas reuniões e atividades, qualquer pessoa, desde que diretamente envolvida nos assuntos que estiverem sendo tratados (Art. 11º, RI, 2000)”.

Esse fato pode evidenciar que o regimento do CG não parece ter regulado completamente o funcionamento do CG da unidade da Beira-Linha, uma vez que para umas situações não foi se requer lembrado como instrumento normativo e em outras foi referência normativa reconhecida pelos membros do CG com mais acesso ao poder político – os gestores – que recorreram ao RI para justificar a decisão sobre a forma de realização das reuniões.

Não houve nenhuma menção sobre alguma iniciativa de capacitação de conselheiros do CG, seja realizada antes ou após a posse dos seus membros, assim como não se constatou nenhuma limitação ou reclamação das condições de trabalho oferecidas na USF ao Conselho. Como também não houve problema que comprometesse a regularidade das reuniões do CG.

▣ Decisões do Conselho Gestor

Sobre as decisões do CG, a maioria das reuniões tratou de problemas de saúde da população, especificamente cinco (45,5%) delas, nas quais em duas situações não houve registro do encaminhamento ou resolução das demandas tratadas. As demais necessidades apontadas naquelas reuniões foram atendidas pela USF, SMS ou pelo governo local nos dois meses seguintes às solicitações.

Menos da metade das deliberações envolveram problemas da própria unidade de Saúde da Família e sua equipe. Em três momentos, as demandas foram por melhorias na estrutura física da unidade e reclamações devido às dificuldades de agendamento e na triagem no atendimento da população, de relacionamento com profissionais da equipe e dificuldades de atendimento médico às demandas espontâneas da população.

A falta de continuidade de algumas ações e atividades realizadas pela equipe e propostas pela coordenação do Programa foi alvo de debates no CG. Essa descontinuidade foi explicada em reunião pelo fato de serem executadas por acadêmicos dos cursos de Medicina e Enfermagem da FESO, conforme esclarecimento da coordenação do Programa, que também é docente da IES. Tal

fato provocou manifestação de descontentamento dos representantes dos usuários que exigiram como demanda do CG, a garantia da manutenção das atividades oferecidas para a população. Ficou evidente nesse caso um conflito de interesses entre as instituições e a população.

Os problemas internos do CG foram os segundos mais freqüentes. Exemplo deles foi o fato descrito na primeira reunião que envolveu certa dificuldade do CG em definir seus membros titulares e suplentes. Com relação à participação direta da população no CG, houve conflito interno também relacionado ao funcionamento do CG no que se referia a forma de realização das reuniões. Em resposta a essa questão, que envolve a participação direta e mecanismos de representação social, a Coordenação do PSF esclareceu que não seria adequado realizar reunião com participação direta da comunidade, pois o CG fora concebido pra funcionar com os representantes eleitos democraticamente. No entanto, esclareceu que mediante a vontade de qualquer usuário participar das reuniões seria viável que este fosse convidado por um dos membros do CG sem nenhum impedimento.

O CG analisado evidenciou que a participação social no PSF é cíclica assim como em muitas outras instâncias colegiadas no SUS, com as quais ele mantém predominantemente relações pouco formais. Apesar da experiência acumulada no Município, o CG da Beira-Linha ainda demonstra sinais de baixo grau de institucionalidade e relativa despreocupação com relação à formalidade dos atos, principalmente, quanto ao processo de tomada de decisão.

3.4 Discursos e percepções dos atores sociais entrevistados

- Participação social

Existiu uma concordância entre os gestores do sistema – gestor municipal, coordenação da atenção básica, coordenação de PSF e representantes do CMS – quanto ao valor positivo e importância da participação social para a gestão do SUS. Apesar disso, os mesmos atores referem que a participação é muito tímida

ou ainda pequena, seja por dificuldade de mobilização da população e falta de entendimento sobre seus direitos no âmbito do SUS ou, ainda, pela não compreensão dos mecanismos e espaços para o exercício desse direito. Outra consideração que merece destaque nessa categoria é a afirmação do presidente do CMS que salienta alguns aspectos importantes da participação e da mobilização da sociedade, fazendo referência ao momento de criação do primeiro conselho gestor de unidade saúde da família:

“[...] um dos aspectos importantes que levou a população a se mobilizar na ocasião da criação do primeiro conselho gestor de unidade, na Fonte Santa, foi a questão do processo de contratação dos agentes comunitários de saúde. Na época, havia muita ingerência política com relação a gestão da unidade e da escolha dos ACS, e a população sentia a necessidade de participar desse processo e de se organizar pra atuar diretamente nas decisões da unidade de saúde.[...] A participação popular é muito cíclica. Existem momentos de empenho e outros de distanciamento ou esvaziamento tanto do conselho municipal de saúde quanto do conselho gestor. Durante a época pré e pós-conferência municipal de saúde há maior mobilização política da sociedade, dos usuários, e isso é completamente compreensível”(informação verbal).

Entendo que a participação social e a capacidade de mobilização com relação aos problemas da coletividade normalmente se configuram exatamente assim, de forma inconstante. Alguns atores sociais militantes políticos dedicados às questões de ordem pública conseguem manter períodos mais prolongados de mobilização, o que quase sempre os tornam lideranças natas na população e prováveis indicados a ocuparem “cargos” de representação em associações e grupos sociais organizados. Esses indivíduos acabam se qualificando para o exercício quase que profissional do controle social, e na área da saúde, acabam se elegendo representantes dos usuários nos espaços institucionalizados de participação social, como por exemplo, os conselhos locais de saúde.

Dessa maneira, a mobilização e conseqüentemente a participação social não poderia ser, como foi dito anteriormente, um comportamento coletivo e nem permanente na vida dos cidadãos. A participação não é e nem poderia ser constante.

Os representantes dos usuários no CMS e CG também evidenciaram aceção bastante uniforme quando perguntados sobre a participação social, ou seja, eles reconhecem a importância da inclusão social no processo de gestão da

saúde, porém referem que essa participação é mínima. Além disso, eles delegam o mérito da atuação dos CG existentes, ainda que sejam na opinião deles pouco atuantes, à gestão municipal.

Apesar dessa opinião unânime dos conselheiros, representantes dos usuários entrevistados, uma das falas do presidente do CG sobre sua participação nesse espaço democrático nos faz pensar que há sim uma chama da mobilização na população. Este membro do CG há dois anos decidiu se candidatar após receber a visita de ACS da unidade, o qual tinha a finalidade de informar sobre as eleições que aconteceriam na UBS e mobilizar a comunidade local a participar daquele processo. Como bem coloca esse conselheiro,

“[...] as meninas do posto de saúde foram lá em casa me falar sobre o conselho gestor e as eleições. Explicaram como seria e perguntaram se eu não gostaria de participar. Eu pensei...nunca tinha ouvido falar disso antes, mas resolvi participar. Foram seis candidatos e os quatro mais votados foram eleitos” (informação verbal).

Ainda que distante das questões que envolvem o CG de unidade de Saúde da Família da localidade onde residia, este conselheiro demonstrou algum grau de interesse pelas questões coletivas e disponibilidade de participar daquele espaço de negociação da comunidade com a UBS.

Ainda sobre essa temática da participação, dentre os gestores de unidade, somente um profissional de saúde relata que a comunidade tem um bom envolvimento com o CG e salienta que além dos conselheiros, os usuários tinham participação direta na unidade sempre que convocados ou incentivados pela equipe. Já os demais gestores de unidade afirmaram que a participação é muito inexpressiva, como disse um profissional da USF da Fonte Santa: “[...] a participação é muito pequena, falta interesse da comunidade pelo coletivo e pela defesa de seus direitos. Sempre falo com os usuários que eles tem que reivindicar, se organizar e se aproximar da unidade (informação verbal)”.

Na verdade percebeu-se que os gestores do sistema e de unidade, em geral, compartilham da mesma opinião, ou seja, eles acreditam que a participação social, nos CG, era muito reduzida.

- Iniciativa de Criação dos CG

A visão dos entrevistados sobre a iniciativa de criação dos CG foi unânime,

todos atribuíram a responsabilidade a SMS na medida em que relataram ter acompanhado, na maioria dos casos, as etapas iniciais de implantação do primeiro CG (Fonte Santa). Quase todos os representantes dos usuários entrevistados relacionaram essa iniciativa à gestão mais especificamente aos principais atores políticos que ocupavam e ainda ocupam cargos estratégicos na administração pública da saúde no Município, atribuindo àquelas pessoas o mérito pela criação dos CG.

Cabe aqui dizer que, como se argumentou no Capítulo 2, em algumas circunstâncias o Estado como uma instituição política pode refletir o fenômeno do insulamento, ou seja, define políticas públicas ou toma decisões que têm impacto na coletividade sem que haja a anuência da sociedade. Nesse caso, a criação dos CG foi notadamente descrita como sendo iniciativa isolada da gestão e poderia evidenciar algum tipo de manobra para que essa decisão estatal se materializasse. Ainda que esse pareça ter sido o pano de fundo dessa iniciativa da gestão municipal, vejo com bons olhos o fato dos gestores se empenharem para avançar, ao menos teoricamente, rumo a ampliação dos espaços de participação da sociedade no poder público.

Nessa trajetória de criação dos CG, alguns representantes dos usuários entrevistados e o presidente do CMS fizeram questão de mencionar que o grau de mobilização social alcançado logo após a criação do CG da Fonte Santa era expresso pela grande frequência das reivindicações por melhores serviços de saúde naquela localidade. Contudo, salientaram que a atmosfera de reclamações constantes não se traduziu no envolvimento dos mesmos usuários com o CG da unidade, como bem expressou um membro do CG sobre a população: *“A população não está nem aí para saber o que é o PSF ou o Conselho Gestor, as pessoas só sabem reclamar. Para ajudar e participar da criação do CG nada acontece...a população não faz absolutamente nada, isso é muito difícil”*.

- Participação das Entidades Sociais no CG

A participação de entidades civis organizadas presentes na comunidade (associações de moradores ou de portadores de determinadas patologias) no CG foi apontada por metade dos entrevistados. Isso evidenciou que existe um certo grau de envolvimento de segmentos organizados da sociedade com as questões

da saúde da comunidade.

- Relação do CG com instâncias do SUS

Quando abordados sobre a relação dos CG com o CMS houve duas acepções distintas entre o grupo de gestores do sistema e gestores de unidade. Os primeiros reconheceram essa relação como fundamental e afirmaram que ela existe na medida da participação dos membros do CG nas reuniões do CMS, enquanto os gestores de unidade (3) percebem um distanciamento entre os dois conselhos e negaram existir qualquer forma de relação. Dois dos gestores do sistema reconhecem que essa relação com os CG inicia quando acontece a posse dos seus membros na reunião do CMS, mas descrevem que desde então ela se mantém muito superficialmente.

Outro momento interessante ainda sobre esse relacionamento entre os conselhos veio do questionamento de um dos conselheiros do CG sobre o papel do CMS. Ele entende que o CMS tem mais recursos, incluindo a experiência na questão da participação social, para promover a aproximação com os CG e viabilizar essa interlocução entre os conselhos. Há aqui um entendimento, como apontado anteriormente na discussão sobre a relação entre Estado e sociedade, que as instituições e os atores estatais mantêm com a sociedade uma relação bidirecional onde o acesso desigual ao poder político impõe acesso diferenciado aos recursos e poder decisório. Assim, a percepção desse conselheiro do CG vai de encontro com a hipótese trabalhada nesse estudo sobre a necessidade do fortalecimento das instituições políticas para viabilizar a participação efetiva da sociedade nesses conselhos.

A relação com o gestor municipal (SMS) foi reconhecida apenas por um único conselheiro do CG que foi enfático em dizer que os conselhos de saúde não dialogam. Pra ele a relação que existe com o gestor local se dá e se sustenta através da Coordenação do Programa e da atenção básica e, de alguns atores da FESO. Esses atores, segundo o conselheiro, foram centrais para o PSF e para os CG.

Já sobre a relação com as unidades de Saúde da Família esse mesmo conselheiro descreve que o CG e a equipe de saúde se relacionam de forma conflituosa, pois há dois pólos: o saber popular e a hegemonia do saber

acadêmico, principalmente médico. Ele disse: “[...] os profissionais de saúde, principalmente os médicos, atrapalham um pouco o CG porque acham que um morador do bairro vai interferir no trabalho deles, por isso não consideram a participação popular”. Nenhum outro entrevistado soube responder sobre essa relação do CG com a UBS.

Não há como deixar de perceber um certo radicalismo nesse discurso, mas também não há como desconsiderar o fato do CG, por ser um colegiado dotado teoricamente de função deliberativa, ser uma arena de disputas de poder político. Dessa maneira, estaria colocada a questão do saber popular e da sua valorização nos espaços de pactuação e definição das políticas públicas que sabidamente depois da Constituição de 1988, e do SUS, passaram a ser uma realidade. Para o avanço da participação democrática no processo decisório é inevitável que as relações de poder político sejam colocadas em debate, assim como na área da saúde, é fundamental que os profissionais da ESF trabalhem de fato na lógica da inclusão do usuário nas decisões sobre os serviços de saúde. Afinal, todo serviço de saúde público ou privado é oferecido para pessoas e para suas demandas reais.

- Fluxo de encaminhamentos do CG

A investigação buscou identificar o fluxo de encaminhamentos das decisões dos CG para a SMS. Houve uma ambigüidade nas respostas entre o grupo gestor do sistema, pois metade descreveu o fluxo com precisão e salientou que o CG gera documentos formais que chegam diretamente ao Secretário de Saúde e outra metade aponta a informalidade da relação com o CG. Creio ser importante valorizar o discurso de um dos gestores do sistema, há muitos anos vinculado com a atenção básica no Município, sobre esse assunto:

“As decisões do Conselho Gestor podem ser encaminhadas por escrito à coordenação do Programa, por ofício ou resolução, ou diretamente ao CMS ou ao Secretário de Saúde. Como as questões chegam à SMS é até engraçado, porque as vezes sou eu quem leva as questões porque ora sou membro titular do CG ora sou suplente” (informação verbal).

Outro gestor que também refere não haver formalidade nem fluxo de encaminhamentos das decisões esclarece que não há *“costume dos CG formalizarem suas demandas e suas decisões, eles não sentem que têm a*

possibilidade de participar da gestão da unidade” e ainda afirma que o CMS não recebe cópia das atas dos CG apenas toma ciência das resoluções desses conselhos locais quando são colocadas verbalmente por algum participante das reuniões do CMS.

A percepção sobre esse tema também é ambígua entre os gestores de unidade que souberam responder a respeito do fluxo de encaminhamentos do CG (2): um profissional da equipe reconheceu formalidade nesses encaminhamentos por meio de documentos, e um membro do CG afirmou que a Coordenação do Programa por participar das reuniões do CG tem conhecimento das questões tratadas e decididas, não havendo necessidade de encaminhamento formal. Vejo nessa categoria de análise outro ponto que corrobora com a hipótese de que é preciso o poder público investir no desenvolvimento institucional para que a relação com a sociedade se dê mais efetivamente, sem equilibrar-se na atuação dos atores estatais. O desenvolvimento institucional resolve a questão da informalidade e provável instabilidade política por permitir que a relação com o Estado se apóie na legitimidade das decisões coletivas.

- Institucionalidade dos CG

Buscou-se identificar nesse momento se os atores acreditavam que os CG cumpriam suas atribuições, previstas no regimento interno. Assim, cinco (1 gestor de unidade e 4 de unidade) entrevistados não souberam responder e outros quatro (3 gestores do sistema e 1 de unidade) consideraram que os CG cumprem parcialmente suas atribuições ainda que tenham havido períodos de avanços e retrocessos, como todo processo em formação. Os outros 2 entrevistados, um gestor de sistema e outro de unidade, acreditam que os CG não cumprem suas atribuições seja por falta de informação dos membros representantes dos usuários seja pelo processo de esvaziamento político ou da falta de legitimidade social dos CG.

O gestor de sistema que não crê na atuação efetiva dos CG foi enfático ao expor os fatores que dificultam o funcionamento desses conselhos: *“[...] eles (usuários) não tem o conhecimento dos seus direitos e nem dos direitos da comunidade... eles acabam interferindo muito pouco nas ações de saúde voltadas para a comunidade. Tem gente que nem sabe quem é o conselheiro no Conselho*

Gestor da unidade”. Importante ressaltar que há entre os gestores do sistema pessoas que reconhecem progressos no desafio da efetividade dos CG, mas não há mesmo entre os que pensam diferente, nenhum relato de iniciativas concretas para enfrentar as situações críticas relatadas como a desinformação dos conselheiros ou o esvaziamento dos CG.

Um único gestor do sistema falou sobre a formalidade dos atos do CG dando ênfase à importância das atas das reuniões dos Conselhos e colabora com mais um aspecto importante para a discussão do desenvolvimento institucional apresentada na Introdução. Como ele disse:

“O Conselho Municipal de Saúde está cobrando o encaminhamento das atas das reuniões do CG, mas por uma questão de pouca organização ou indisciplina dos membros isso não é feito. A gente precisa fazer os secretários dos CG enviarem as cópias das atas para que o CMS pelo menos dê ciência do que acontece na unidade”.

Há por parte de um representante da gestão municipal de saúde a idéia de correlação entre a falta de formalidade dos atos do CG e o grau de organização dos mesmos. Concordo com esta idéia e defendo ainda que a organização administrativa e formalidade dos atos são fundamentais para fortalecer as instituições, contribuir para a legitimidade dos CG e promover maior interlocução com as demais instâncias do SUS.

Não houve concordância sobre a forma de decisão no interior desses conselhos. Dos 4 atores que falaram sobre esse processo metade afirma que os membros decidem através de votação (gestor do sistema e gestor de unidade/conselheiro), e outra metade diz decidirem sempre por consenso (gestores de unidade/profissionais de saúde). A posição que prevalece é da maioria dos entrevistados que não soube informar sobre o processo de decisão no CG. Esse resultado poderia levar a concluir que estes atores não participaram diretamente desse processo decisório no CG ou que nesses conselhos não exista função deliberativa de fato.

Na categoria “Capacitação dos Conselheiros” apenas uns dos gestores do sistema refere que cabe às equipes de saúde de cada unidade capacitar seus conselheiros. Todos os demais atores entrevistados falaram não haver nenhuma capacitação voltada a esse público e um deles, conselheiro do CG da unidade da

Beira-Linha demonstrou o grau de seu desconhecimento sobre a questão da participação e do próprio funcionamento do CG. Este conselheiro desempenhava no momento do estudo a função de presidente do referido CG e sua declaração sobre esse assunto, conforme citação abaixo, é no mínimo preocupante. Ele comunica:

“[...] não tomei conhecimento de nenhuma capacitação, depois da eleição só temos contato mesmo com os membros do CG na unidade. Eu não sei ao certo o que é o Conselho Gestor, como é que eu vou explicar a população? (informação verbal)”.

Esse discurso vem acompanhado de uma questão primordial que é o sentimento de incapacidade do próprio conselheiro frente ao seu papel de representante da comunidade local no CG visto que o próprio assume não compreender o que é o Conselho. Esse fato sinaliza um dos prováveis nós críticos que podem estar dificultando a atuação efetiva dos CG nas suas atribuições deliberativas e no seu propósito de ser um espaço de representação social mais próximo da população. A questão da participação social, e do exercício da democracia no geral, prescinde do acesso às informações e dos meios para que os cidadãos exerçam seus direitos.

Nesse sentido, a capacitação dos conselheiros apareceu no discurso dos gestores do sistema como um fato que estaria diretamente relacionado ao grau de efetividade da participação social como evidenciou a citação de um dos membros com atuação no CMS, que afirma: *“[...] não há capacitação para os conselheiros nem do CMS nem dos CG, eles são muito despreparados e isso pode interferir na efetividade dos conselhos”.* Ou seja, os conselheiros se sentem despreparados e os gestores reconhecem essa realidade.

A questão da efetividade retorna a discussão quando analisamos o aspecto das condições de trabalho dos conselheiros, categoria incluída ainda no conjunto “Institucionalidade dos CG”. Apenas dois entrevistados (gestores de unidade e de sistema) souberam discursar sobre essas condições e reconheceram que os CG ainda estão em fase de desenvolvimento e, por isso, existem dificuldades, as quais envolvem a realização das reuniões e o comprometimento dos membros do CG que carecem de tempo ou disponibilidade para participar das atividades da unidade e dos CG“. Destaque para a fala do gestor, membro do CMS, que resume a idéia na seguinte frase:” **[...] Os Conselhos Gestores não são**

embrionários, mas estão na primeira infância “ (grifo meu).

Não houve nenhuma discordância com relação à regularidade de funcionamento dos CG que foi confirmada pelo discurso da totalidade dos atores entrevistados como sendo constante em todas as unidades que possuem CG, exceto na Fonte Santa, que teve períodos longos de interrupção de suas atividades (ano de 2005). Nos CG que se mantiveram ativos as reuniões ordinárias aconteceram mensalmente, conforme previsto em RI, e também foram convocadas de forma extraordinária de acordo com as necessidades definidas pelos próprios membros dos CG.

- Decisões do CG

Por último, de acordo com a metodologia apresentada, trabalhou-se o conjunto de categorias chamado “Decisões do CG” que procurou identificar de acordo com a percepção dos entrevistados qual a natureza dos problemas tratados pelo CG. Sobre os problemas de saúde da população, somente 3 atores relataram ser os mais freqüentes tratados pelos CG, dos quais os principais seriam: a falta de medicamentos na unidade e demora para a realização dos exames complementares, na rede de serviços do SUS do Município. O conselheiro que corroborou com essa afirmação acrescentou que essas demandas foram atendidas pela gestão municipal com razoável rapidez.

Já os problemas da própria unidade (USF) foram os mais citados por cinco dos entrevistados (2 gestores do sistema e 3 de unidade) e variaram desde dificuldade de marcação de consultas, problemas de relacionamento entre profissionais da equipe e a comunidade local até o horário de funcionamento da unidade. Destes problemas quase todos os atores reconheceram que o CG encaminhou as demandas e propostas a SMS e foram atendidos de forma satisfatória.

No entanto, fato que chamou atenção nessa categoria foi a impossibilidade de um conselheiro do CG (Beira-Linha), com dois anos atuação no Conselho, de reconhecer alguma demanda encaminhada pelo CG e atendida pela SMS. Como o mesmo disse: *“Estou a dois anos no CG e não consigo me lembrar de um problema real que tenha sido trazido e resolvido através do Conselho”*. Na contramão dessa percepção está o relato de um profissional de saúde (gestor de

unidade) da Fonte Santa que se sente capaz de identificar resoluções do CG encaminhadas à coordenação do PSF que foram atendidas. Cita exemplo de reivindicação dos usuários no sentido de se realizar de exames (especificamente eletrocardiograma) na própria unidade, que foi atendida pela SMS com compra de equipamento que foi destinado à unidade.

Há indícios de que ao menos nas situações descritas, os problemas das USF parecem ter sido identificados pelo CG, encaminhados a SMS e resolvidos. Embora para um dos conselheiros, representante dos usuários, esse processo não fosse evidente. Penso que esta situação passa pela desinformação dos conselheiros quanto ao papel e funcionamento do CG, a falta de formalidade dos seus atos, já apontada nesse capítulo, e o baixo grau de institucionalidade dos mesmos.

Finalmente, não foram descritos problemas internos do CG, ou seja, aqueles relacionados a situações de conflito entre os membros do CG sejam de ordem das relações pessoais ou do processo de tomada de decisão.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

4.1 SOBRE A VISÃO DOS ATORES SOCIAIS ENVOLVIDOS EM RELAÇÃO AO PAPEL DOS CG COMO ÓRGÃOS DE REPRESENTAÇÃO E PARTICIPAÇÃO SOCIAL

Em relação aos atores sociais envolvidos e suas visões sobre a participação ou representação social, primeiro objetivo dessa dissertação, existe um reconhecimento da importância da inclusão da sociedade nos processos decisórios na gestão da saúde pública, o que corrobora com a aceção democrática da reforma da saúde desde a Constituição de 1988. A capacidade de exercer o direito à participação nos conselhos de saúde, regulamentada pela legislação complementar do SUS, especificamente os Conselhos Gestores, foi alvo de incertezas por parte dos entrevistados.

Poucos atores estatais e sociais estavam convictos quanto à efetividade dos CG no sentido do cumprimento de suas atribuições e seu potencial poder de interferir nas políticas locais de saúde. No geral, eles consideraram a participação social como pouco expressiva e assinalaram alguns fatores que dificultam essa participação, como por exemplo: a dificuldade de mobilização social, pouca informação da sociedade sobre seus direitos no âmbito do SUS e não compreensão dos mecanismos de participação. No entanto, não se relacionou o grau de desenvolvimento institucional e formalidade dos atos do CG como componentes capazes de colaborar com a efetividade e finalidade da participação social ou, com a legitimidade dos conselhos locais.

Os atores estatais reafirmaram o discurso em favor da participação social na gestão da saúde e os membros eleitos nos conselhos de saúde reconheceram a mesma importância de articulação com o Estado. Há nessa visão, sem dúvida, a confirmação da relação bi-direcional entre Estado e sociedade reafirmando a ampliação do entendimento do papel do Estado como apontaram Gramsci, Polanyi e Elias.

O estudo da relação desses dois segmentos, segundo os neo-institucionalistas, no entanto, abrange também os papéis e a contribuição do

Estado e da sociedade para os resultados políticos e sociais das suas ações. Nesse sentido, podemos dizer que a gestão municipal do SUS em Teresópolis foi responsável pela iniciativa de criação dos CG no PSF, mas ainda não conseguiu criar condições adequadas para que estes desempenhem seu papel e contribuam para definição das políticas locais de saúde através de suas ações. Por outro lado, a comunidade parece não entender como exercer plenamente seu poder político utilizando os mecanismos representativos nos espaços institucionalizados (conselhos de saúde), por isso existe uma tendência a não crer na efetiva possibilidade de interferir nas decisões e, conseqüentemente, há pouca participação.

Nesse sentido, cabe ao Estado um papel de controle das instituições políticas e mediador das relações sociais através de regras administrativas e normas legais, e regulação do poder social inerente a essa função de governo (Elias, 1993). E à população em geral, não cabe o papel utópico do “cidadão total” mas o de cidadão participativo, que compreende os interesses da coletividade e se motiva a manter-se no topo das “ondas de mobilização” e nos canais de participação social na saúde.

No meu entendimento, Estado e sociedade podem contribuir mais para que a participação social deixe de ser o desafio idealizado pela reforma democrática da saúde para ser uma realidade nos dias atuais.

4.2 SOBRE OS MECANISMOS INSTITUCIONAIS DO CG

Avançando para seu segundo objetivo apresentado, a respeito da análise dos mecanismos institucionais do CG, o estudo demonstrou que o conhecimento dos atores envolvidos sobre o processo decisório, a formalidade dos atos e o fluxo de encaminhamento dos CG é muito diverso. Tal resultado sobre a organização interna dos CG pode sugerir que esses conselhos estejam ainda num estágio embrionário de desenvolvimento.

O mesmo acontece quando o foco é a forma com que os CG se relacionam

com as demais instituições políticas descritas nessa dissertação, ou seja, esses conselhos mantêm em geral relações distanciadas e informais - inclusive com o Conselho Municipal de Saúde. Esse distanciamento de alguma maneira também traduz a fragilidade dos mecanismos institucionais, pois na medida em que os espaços de negociação e pactuação política não dialogam, torna-se mais difícil a mediação dessas relações e dos conflitos que dela podem emergir.

Já, sobre o próprio funcionamento do CG, ficou evidente que suas atividades não costumam ser amplamente reguladas pelo seu regimento interno. Na verdade, uma única vez recorreu-se a ele para dirimir conflito quanto ao funcionamento das reuniões, tendo sido apontado por representantes da SMS como sendo documento que dispõe sobre as regras de atuação dos CG. Segundo a perspectiva neo-institucionalista, as instituições não podem prescindir de atuar de acordo com procedimentos consentidos e práticas operacionais padronizadas, o que se aplica também aos CG uma vez que são instituições políticas, ou melhor, de participação social.

O referencial neo-institucionalista defende essa necessidade principalmente baseado na idéia de que o ambiente social é complexo e com grande diversidade de interesses individuais e coletivos. A partir desse entendimento, não é compreensível que qualquer iniciativa de consolidação da participação social possa ser bem sucedida caso não se preocupe sobremaneira em aprimorar e fortalecer seus mecanismos institucionais.

Dessa forma, acredito que o grau de institucionalidade dos CG esta diretamente relacionado à capacidade dessas instituições em garantir condições básicas ao desempenho do seu papel, através da ação e do comportamento de seus atores, o que vai refletir na questão da efetividade que retomo a seguir.

4.3 SOBRE A EFETIVIDADE DOS CONSELHOS GESTORES

O último objetivo proposto nesta dissertação tratou da análise da efetividade da ação do Conselho Gestor, relacionando os instrumentos que dispõe para

exercer seu papel com o impacto de suas decisões sobre as ações da unidade e a política de saúde local.

Com mecanismos institucionais frágeis e relações distantes com outras instâncias do SUS, como mostraram os resultados do estudo, não considero que os CG tenham atualmente instrumentos efetivos para o desempenho pleno do seu papel. No entanto, foram descritas no Capítulo 3 algumas situações onde o CG conseguiu interferir nas ações da unidade de Saúde da Família através de suas decisões, tais como: funcionamento da unidade, recursos humanos, condições de trabalho (medicamentos e insumos). Na maioria delas, a efetiva capacidade de intervenção do CG foi vista quando a resolução das questões estava sob a governabilidade da própria unidade e equipe de saúde.

Das suas atribuições bem definidas em regimento interno e em outros documentos oficiais da SMS, foi possível perceber que os CG estudados foram capazes de avaliar o atendimento e propor melhorias; discutir sobre recursos humanos e as condições de trabalho. Enquanto as etapas de diagnóstico local da saúde e do planejamento das ações não pareceram ser realizadas. Assim como, não foi possível identificar se os CG contribuíram com iniciativas de mobilização da comunidade ou se buscaram informações junto a SMS, CMS ou outras instâncias do SUS sobre as condições de saúde ou sobre o Programa de Saúde da Família.

Na minha percepção, as atribuições do CG são amplas e audaciosas na medida em que propõem a integração da comunidade, através de seus representantes, em todas as etapas que envolvem a gestão da saúde com a pretensão de poder interferir na definição das políticas. Fato inclusive questionado pela gestão do SUS no Município que entendeu não haver *“costume dos CG formalizarem suas demandas e suas decisões, pois eles não sentem que tem a possibilidade de participar da gestão da unidade”*. Por isso, a crítica aos CG vem não para por em dúvida sua existência, mas para contribuir para que a participação seja um fato.

Acredito que o desafio da participação está relacionado à capacidade dos conselhos gestores cumprirem plenamente ou efetivamente suas atribuições de formulação e controle das políticas de saúde, interferindo dessa forma na política

pública. Não resta dúvida sobre a relevância das atribuições do CG, ou mesmo sobre sua legitimidade, mas talvez seja prudente redefinir suas atribuições de acordo com as possibilidades reais de fortalecimento dos seus instrumentos de atuação e de aproveitamento de suas potencialidades.

Finalmente, há concordância a respeito dos avanços do Brasil, em especial no campo da saúde, com relação à ampliação dos espaços de participação social que certamente já evidenciam uma iniciativa de consolidação da democracia no país. Segundo Bobbio houve uma modificação na forma de evidenciar a prova de desenvolvimento da democracia em um dado país que antes era mostrada pela "extensão dos direitos políticos" agora, passa a ser dada pelo número de instâncias em que esse direito pode ser exercido (1997, p. 56).

Contudo, além de ampliar quantitativamente esses espaços deve-se também refletir sobre a qualidade dessa participação social, a partir do estudo de suas experiências nos diversos cenários e níveis do sistema de saúde, identificando seus nós críticos e investindo em estratégias de fortalecimento desses canais de participação, para que possamos nos aproximar da idéia de Conselho Gestor como real instrumento de democratização do Estado na perspectiva da gestão participativa na saúde.

4.4 AS QUESTÕES CENTRAIS E AS REFLEXÕES

No Capítulo I esta dissertação apresentou duas questões centrais que procurou atender aos objetivos propostos e possibilitar opiniões críticas sobre os temas tratados. As questões tinham foco na capacidade dos CG do PSF em Teresópolis se manterem mesmo diante de possível mudança no cenário político, do SUS, e nas maneiras pelas quais essa e outras instituições de participação social podem ser fortalecidas.

Conforme argumentado nos capítulos iniciais a complexificação social e a ampliação do papel do Estado como provedor e protetor dos direitos de cidadania - temas tratados por alguns autores do século XX, tais como: Gramsci (o Estado

ampliado como a junção da sociedade política e sociedade civil), Polanyi (a “grande transformação” das relações entre Estado e sociedade) e Elias (processo civilizador como fruto da crescente complexidade das relações sociais) – fizeram com que as instituições e seus atores ganhassem novo status no cenário da política.

Nesse sentido, para entender o Estado e a sociedade, num ambiente cada vez mais constrangido por instituições, os neo-institucionalistas entendem que se deve procurar abranger seus papéis, suas relações e a contribuição dos mesmos para a determinação de resultados políticos e sociais das ações de ambos e de suas instituições (Hall e Taylor, 2003). As instituições, para eles, se comparam aos campos aliados às regras do jogo e compara os atores sociais aos jogadores, os quais desempenham seus papéis nesse campo de ação. Ou seja, as instituições se referem ao conjunto “de regras formais, procedimentos consentidos, práticas operacionais padronizadas que estruturam a relação entre os indivíduos nas várias unidades da política e da economia” (Hall, apud Marques p. 76).

Portanto, ao final do estudo entendo que a experiência dos Conselhos Gestores no PSF em Teresópolis é sem dúvida um grande avanço na questão da participação social e, se refere à oportunidade em tese de participação nas decisões políticas num processo de democratização crescente. Contudo, seu estágio incipiente e atual de desenvolvimento institucional e as relações informais perpetuadas entre os atores políticos no Município são fatores que dificultam o fortalecimento dos CG e sua consolidação dentro da Estratégia Saúde da Família.

Como dito anteriormente as instituições, os atores sociais e suas relações são os principais aspectos envolvidos nas decisões políticas e nas ações coletivas. Se as regras e procedimentos não estão colocados no “campo” para seus “jogadores”, estes desempenham seu papel com limitações e com fragilidades porque não há comportamento estratégico e nem regras formais para regular suas relações políticas.

Isso é o que acontece no interior dos CG do PSF em Teresópolis, ou melhor, nos CG e nas suas relações com demais instâncias do SUS. Percebe-se que o ideal democrático e o arcabouço jurídico que legitimaram sua existência

estão presentes, mas provavelmente ainda falta aprimorar os mecanismos institucionais que assegurem um desenvolvimento capaz de integrar o povo no processo decisório no âmbito da saúde.

No estágio em que se encontram atualmente os CG estão sujeitos ao esvaziamento político como o ocorrido em 2005 na unidade da Fonte Santa, justamente onde essa experiência de participação social em nível local iniciou há cerca de seis anos. Além disso, acredito que os CG com suas atuais características tendem a ficarem bastante suscetíveis às modificações da conjuntura política do município, no âmbito do SUS, ainda que atualmente exista uma aparentemente estabilidade nesse campo em Teresópolis.

Mudar essa realidade é factível, no meu entendimento, a partir do reconhecimento das formas de fortalecer os canais de participação, em especial os Conselhos Gestores. Acredito que cabe ao Estado, como ator e autor das ações coletivas, investir em mecanismos que instrumentalizem os CG para estes desempenharem seu papel com maior efetividade, tais como: formalidade dos atos, regularidade de funcionamento, processo decisório definido e legitimado. Não esquecendo também da questão da qualificação dos membros do CG, que conforme apontado no Capítulo II, trata do acesso da sociedade às informações que devem subsidiar o processo decisório.

Esse talvez seja o caminho para contribuir com a consolidação dessa experiência nas unidades e para que a sociedade reconheça os Conselhos Gestores como espaços reais onde a democracia pode ser exercida em defesa do direito à saúde.

Como sabemos, a institucionalização da participação social a partir da redemocratização no Brasil formalizou nos conselhos de saúde e outras instâncias colegiadas. Mas a possibilidade, ou melhor, o direito e a capacidade da sociedade de interferir na definição das políticas públicas, na minha opinião, se refere ao desenvolvimento institucional e com uma organização burocrática utilitarista. É através das regras formais e mecanismos de regulação das relações do Estado com a sociedade que as instituições, inclusive as de participação, vão garantir sua finalidade social, legitimidade e efetividade de suas ações mais centradas nos interesses coletivos e menos no grau de comprometimento de seus

atores.

Portanto, podemos situar a questão da participação como parte do desenvolvimento dos direitos sociais e do processo de redemocratização que o Brasil vem se passando ao longo das últimas décadas, muito embora não tenha trazido à tona de forma plena a democracia participativa e nem resgatado de fato o titular original do direito – o povo.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRAFICAS

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1977.

BOBBIO, N. & MATTEUCCI, N. **Dicionário de Política**. v. 1. Brasília: Editora da Universidade de Brasília, 10 ed., 1997.

_____; **A Era dos Direitos**. Nova Ed. – Rio de Janeiro: Elsevier, 2004.

_____; **O Futuro da Democracia: uma Defesa das Regras do Jogo**; Tradução de Marco Aurélio Nogueira. 6 ed. – Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1986.

_____; **Estado Governo e Sociedade: para uma Teoria Geral da Política**. 10 Ed. – Rio de Janeiro, Paz e Terra, 2003.

BOSI, M. L. M. **Cidadania, participação popular e saúde na visão dos profissionais do setor: um estudo de caso na rede pública de serviços**. *Cad. Saúde Pública*, out./dez. 1994, Vol.10, N.4, P.446-456. ISSN 0102-311x.

CANOTILHO, J. J. G. **Estado de Direito**. 1 ed. Portugal: Gradiva, 1999.(Cadernos Democráticos, 7).

CARVALHO, A. I. **Conselhos de saúde no Brasil**.- Rio de Janeiro: FASE/IBAM, 1995.

COHN, A & ELIAS, P.E. **Saúde no Brasil: políticas e organização de serviços**.- 2. ed.- São Paulo: Cortez: CEDEC,1998.

CORREIA, M. Windows Media Player.Ink V. C. **Que controle social? Os conselhos de saúde como instrumento**.- Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2000.

DALLARI, D. **Elementos da Teoria Geral do Estado**.24 ed.- São Paulo: Saraiva, 2003.

ELEY, G. **Forjando a democracia, a história da esquerda na Europa, 1850-2000**. São Paulo: Editora Fundação Perseu Abramo, 2005.

ELIAS, N. O processo civilizador.- Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed.; 1993. 2v.

FILHO, J.S. C. **Manual de Direito Administrativo**. Rio de Janeiro: Editora Lumen Júris 10ª edição (Revista, Ampliada e Atualizada), 2003.

FLOWERAKER, J. & LANDMAN, J. **Citizenship rights and social movements: a comparative and statistical analysis**. New York: Oxford University Press, 1997.

GALLO, E. & NASCIMENTO, P. C. Hegemonia, bloco histórico e movimento sanitário. In: TEIXEIRA, S. F. **Reforma sanitária: em busca de uma teoria**. 2 ed. –São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, 1995 (p. 91-118).

GONH, M. G. **Teoria dos Movimentos Sociais Paradigmas clássicos e contemporâneos**. – São Paulo: Edições Loyola, 2000.

GERSCHMAN, S. **A Democracia Inconclusa. Um estudo da Reforma Sanitária brasileira**. – Rio de Janeiro: Fiocruz, 2004.

HALL, P. A. & TAYLOR, R. C. R. **As três versões do neo-institucionalismo**. Lua Nova, 2003, n.58, p.193-223. ISSN 0102-6445.

HEIMAN, L. S. et al. **Descentralização do Sistema Único de Saúde: trilhando a autonomia municipal**. São Paulo: Sociedade Brasileira de Vigilância de Medicamentos/HUCITEC, 2000.

JOHNSON, A. G. **Dicionário de Sociologia: guia prático da linguagem sociológica**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1997.

LACOMBE, F. J. M. **Dicionário de Administração**. São Paulo: Saraiva, 2004.

MARSHALL, T. H. **Cidadania, classe social e status**.- Rio de Janeiro, Zahar Editores, 1967.

MARQUES, E. C. **Notas críticas à literatura sobre Estado, políticas estatais e atores políticos**. BIB. Rio de Janeiro, n 43, 1997, p.67-103.

MAXIMIANO, A. C. A. **Teoria geral da administração: da escola científica à competitividade em economia globalizada**.-São Paulo: Atlas, 1997. Dissertação de mestrado.

MENDES, E.V. **Os Grandes Dilemas do SUS: Tomo II**. Salvador, BA: Casa da Qualidade Editora, 2001.

MIRANDA, J. F. **Educação Médica: estudo do impacto da adoção da estratégia de saúde da família no internato médico**. – Rio de Janeiro: Papel Virtual, 2005. Dissertação de mestrado.

MOÇO, E.T. M. **Educação Médica: a formação do médico do programa saúde da família**. – Rio de Janeiro: Papel Virtual, 2005.

PESTANA, C. L. S. **Conselho Gestor na estratégia saúde da família: estudo de caso de Vargem Grande no Município de Teresópolis no Estado do Rio de Janeiro**. Rio de Janeiro, 2006. 142 p. Dissertação de mestrado apresentada à Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro.

RIBEIRO, J. M. **Conselhos de saúde, comissões intergestores e grupos de interesses no Sistema Único de Saúde (SUS)**.- Cadernos de Saúde Pública, v.13 n.1 Rio de Janeiro jan./mar.1997.

RODRIGUES, P. H., KORNIS, G. E. M. **Os (dês) caminhos do direito à saúde no Brasil**. - Série Estudos em Saúde Coletiva, nº 197, Rio de Janeiro, IMS/UERJ, 1999(a).

_____, **Do Triunfalismo à Burocratização: a Despolitização da Reforma Sanitária Brasileira**. Dissertação de mestrado apresentada ao Instituto de Medicina Social/UERJ, 1999(b).

_____, **Apocalipse não: o Estado de bem-estar social sobrevive à onda neoliberal**. Dissertação de doutorado apresentada ao Instituto de Medicina Social/UERJ, 2003

ROUSSEAU, J. **Do Contrato social ou princípios do direito político**. São Paulo: Editora Martin Claret, 2005.

RUESCHEMEYER, D. & EVANS, P. B. **The state and economics transformation: toward and analysis of the conditions underlying effective intervention**. In: SKOCPOL, T. Brings the State Back. Cambridge: Cambridge University Press, 1985. p. 44-77.

SILVA, J. A. **Curso de Direito Constitucional Positivo**. 20 ed., Revista Atualizada de nos Termos da Reforma Constitucional. – São Paulo: Malheiros Editores, 2002.

SORJ, B. **A nova sociedade brasileira**.- Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2001.

_____. **A democracia inesperada: cidadania, direitos humanos e desigualdade social**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2004.

SKOCPOL, T. et al. **Bringing the state back**. in. Cambridge: Cambridge University Press, 1985.

SOUZA, H. M. **Saúde da Família: desafios e conquistas**. In: NEGRI, B. & D'AVILA, A. L. (Org.) O Sistema Único de Saúde em dez anos de desafio.- São Paulo: Sobravime; Cealag, 2002. p. 221-240.

VIANA, A. L. D.; POZ, M. R. D. **A reforma de sistema de saúde no Brasil e Programa de Saúde da Família**. Physis: Revista Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 8 (2): 11-48, 1998.

WALLERSTEIN, I. **O declínio do poder americano. Os Estados Unidos em um mundo caótico**. – Rio de Janeiro: Contraponto, 2004.

UNESCO. **Dicionário de Ciências Sociais**. Rio de Janeiro: Editora da Fundação Getúlio Vargas, 1986.

FONTES DOCUMENTAIS

BRASIL. Constituição Federal de 1988.

_____. **Lei nº 8.142**, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do sistema único de saúde - SUS e sobre as transferências de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências.

_____. **Lei nº 8.080**, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.

_____. **Resolução nº 333**, de 4 de novembro de 2003. Aprova as diretrizes para a criação, reformulação, estruturação e funcionamento dos Conselhos de Saúde.

_____. **Lei nº 13.325**, de 2002. Dispõe sobre a organização dos conselhos gestores nas unidades do Sistema Único de Saúde e dá outras providências.

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Manual nº 1: o Conselho de Saúde.**- Brasília: Instituto Sallus, 1998.

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. Conselho Nacional de Saúde. **A prática do controle social: conselhos de saúde e financiamento do SUS.** Brasília: Ministério da Saúde, 2000.

CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE (CNS). **Resoluções da 8ª. Conferência Nacional de Saúde.** Brasília: CNS, 1986.

Conselho Gestor do PSF de Teresópolis (UBS - Beira Linha). **Atas das reuniões.** Secretaria Municipal de Saúde de Teresópolis, 2005.

Conselho Municipal de Saúde de Teresópolis. **Atas das reuniões.** Teresópolis: Secretaria Municipal de Saúde de Teresópolis, 2005.

PMT/SMS/FESO/PCSF-RJ-FESO. **Manual: conhecendo o PSF.** Teresópolis: Secretaria Municipal de Saúde de Teresópolis, 2004.

UNIFESO, Centro Universitário Serra dos Órgãos. **Projeto Político-Pedagógico Institucional PPPI.** Teresópolis: FESO, 2006.

ANEXO 1 - PERFIL DOS ENTREVISTADOS

	GESTÃO DO SISTEMA (GS)					GESTÃO DA UNIDADE (GU)					GS
	GESTORES SMS *			CMS		PROF. PSF (UBS FS) **			USUÁRIOS CG ***		FESO
Ator	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
Sexo	M	F	F	F	M	F	F	F	F	M	M
Idade	52 a	40 a	47 a	45 a	66 a	38 a	30 a	37 a	36 a	44 a	54 a
Formação	Md	E	Md	Md	2º grau	E	Md	Md	2º grau	2º grau	Md
Cargo/Função	S.Saúde	C.AB	C. PSF	P	C	E	M	M	PCG	PCG	D
Tempo cargo	10 m*	1 a 7 m	1 a 7 m	10 m	12a	7 a	1 a	7 a	2 a	5 a	4a
Vinculo FESO	Sim	Sim	Sim	Sim	Não	Sim	Sim	Sim	Não	Não	Sim
Tempo FESO	27	-	12 a	21a	-	7 a	1 a	7 a	-	-	23a
Vinculo SMS	Sim	Sim	Sim	Sim	Não	Sim	Sim	Sim	Não	Não	Sim
Tempo SMS	16	+6 a	6 a	10a	-	6 a	1 a	16 a	-	-	31a
Tempo PSF	Não atuou	6 a	6 a	Não atuou	-	6 a	1 a	6 a	2 a	5 a	Não atuou

Fonte: Entrevistas realizadas com os atores selecionados para a realização do estudo, Teresópolis/RJ, 2006.

ANEXO 2 - SÍNTESE DAS REUNIÕES DO CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE, TERESÓPOLIS, 2005

DATA REUNIÃO	TIPO	PAUTA	PARTICIPAÇÃO/ CITAÇÃO DO CG
20/01/2005	ORDINÁRIA	PROFAE; Urgência e Emergência em Teresópolis; Cartão SUS; Relatório Gestão ano 2003; UTI Neonatal; Informes; Assuntos Gerais	Não
17/02/2005	ORDINÁRIA	Aprovação ata anterior; Informes; Momento de Resposta; Posse do CG Beira-Linha; Curso de Manejo na Amamentação; Urgência e emergência; Assuntos Gerais	Sim
10/03/2005	EXTRAORDINÁRIA	Pré-Conferencia Municipal de Saúde; Assuntos Gerais	Não
17/03/2005	ORDINÁRIA	Informes; Aprovação da ata anterior; Momento e Resposta; Unidades de Saúde do Município; Assistência Domiciliar Terapêutica; Assuntos Gerais	Sim
28/04/2005	ORDINÁRIA	Informes; Aprovação da ata anterior; Momento de Resposta; Central de Regulação; Hemonúcleo do município; Assuntos Gerais	Não
19/05/2005	ORDINÁRIA	Informes; Aprovação da ata anterior; Momento de Resposta; Projeto da Beneficiência Portuguesa, Hospital das Clínicas de Teresópolis; Pólo de Educação Permanente SUS (PEP SUS).	Não
16/06/2005	ORDINÁRIA	Informes; Momento de resposta; Aprovação da ata anterior; PEP SUS	Sim
07/07/2005	EXTRAORDINÁRIA	Apreciação do relatório da pré-conferência municipal de saúde	Não
21/07/2005	ORDINÁRIA	Informes; Momento de resposta; Ofício HCT Contrato de Metas Alta e média complexidade e Ortopedia; Assuntos Gerais	Não
23/08/2005	ORDINÁRIA	Informes; Momento de Resposta; Aprovação da ata anterior; Apresentação do relatório da ABIA; Assuntos Gerais	Não
15/09/2005	ORDINÁRIA	Informes; Momento de resposta; Aprovação da ata anterior; Relatório da auditoria; Prestação de Contas de 2004; Assuntos Gerais	Não

20/10/2005	ORDINÁRIA	Informes; Momento de Resposta; Aprovação das atas dos meses de agosto e setembro; Informe sobre a Conferência Municipal de Saúde; Relatório Mensal da Central de Regulação; Prestação de contas de 2004	Não
17/11/2005	EXTRAORDINÁRIA	Avaliação e aprovação do Plano Municipal de saúde	Não
24/11/2005	ORDINÁRIA	Discussão do Plano Municipal de saúde	Não
15/12/2005	ORDINÁRIA	Posse do Novo CMS eleito na VII Conferência Municipal de Saúde	Não

Fonte: CMS/SMST/Teresópolis/RJ, 2006.

ANEXO 3 – ROTEIROS DE ENTREVISTA

Entrevista com gestores do PSF e do SUS

Identificação do entrevistado

Entrevistado(a):	Data da entrevista:
Cargo ou posição:	Tempo no cargo:
Tempo de trabalho no PSF:	Formação:
Vínculo com a FESO:	Tempo na FESO:
Vínculo com a SMS:	Tempo na SMS:

Relações FESO/SMS

1. Há quanto tempo funciona a parceria entre a FESO e a SMS?
2. Como você caracteriza a parceria em termos do papel de cada entidade; do desenvolvimento do SUS e do PSF?

Conselhos Gestores e Saúde da Família

3. Qual foi a principal motivação para a criação dos Conselhos Gestores?
4. De quem foi a iniciativa para a criação dos Conselhos Gestores?
5. Quais entidades do movimento social desempenharam um papel ativo na criação do Conselho?
6. A criação dos Conselhos Gestores foi levada à consideração do Conselho Municipal de Saúde?
7. A criação dos Conselhos Gestores foi levada à consideração da Câmara dos Vereadores?
8. Qual foi o instrumento formal de criação dos Conselhos Gestores?

Entrevista com profissional do PSF

Entrevistado(a):	Data da entrevista:
Cargo ou posição:	Tempo no cargo:
Tempo de trabalho no PSF:	Formação:
Vínculo com a FESO:	Tempo na FESO:
Vínculo com a SMS:	Tempo na SMS:

Conselhos Gestores e Saúde da Família

1. Como é feita a escolha dos representantes da comunidade no Conselho (indicação voluntária da comunidade, sugestão da USF; sugestão da coordenação do PSF)?
2. Os conselheiros recebem algum treinamento para o exercício de sua função?
3. A comunidade conhece o Conselho e seu funcionamento?
4. Você identifica situações em que a comunidade recorreu ao Conselho trazendo seus problemas ou demandas? Cite três exemplos.
5. Você participa com regularidade das reuniões do Conselho Gestor?
6. Qual a regularidade das reuniões?
7. Qual o número médio de participantes na reunião?
8. Quais são os temas mais freqüentes? Aponte por ordem de freqüência

Administração da unidade ()	Outras demandas da comunidade ()
Demandas de saúde ()	Queixas sobre o funcionamento da unidade ()

9. Quais entidades representativas da comunidade desempenham um papel ativo no Conselho?
10. Como as decisões são tomadas (voto, consenso)?
11. Há disputas no interior do Conselho? Caso positivo procure caracterizá-las.
12. Quais são as principais lideranças do Conselho?
13. As decisões do Conselho que dependem da SMS costumam ser atendidas?

Sempre ()	Raramente ()
Quase sempre ()	Nunca ()

14. Como são encaminhadas as decisões do Conselho dirigidas à SMS?
15. Há relações entre o Conselho Gestor e o Conselho Municipal de Saúde? Caso positivo como você descreveria essas relações?

Entrevista com representante dos usuários no Conselho Gestor

Entrevistado(a):	Data da entrevista:
Cargo ou posição:	Tempo no cargo:
Entidade que representa:	Formação:

Conselhos Gestores e Saúde da Família

1. Como é feita a escolha dos representantes da comunidade no Conselho (indicação voluntária da comunidade, sugestão da USF; sugestão da coordenação do PSF)?
2. Você recebeu algum treinamento para o exercício de sua função de Conselheiro?
3. A comunidade conhece o Conselho e seu funcionamento?
4. Você identifica situações em que a comunidade recorreu ao Conselho trazendo seus problemas ou demandas? Cite três exemplos.
5. Você participa com regularidade das reuniões do Conselho Gestor?
6. Qual a regularidade das reuniões?
7. Qual o número médio de participantes na reunião?
8. Quais são os temas mais freqüentes? Aponte por ordem de freqüência

Administração da unidade ()	Outras demandas da comunidade ()
Demandas de saúde ()	Queixas sobre o funcionamento da unidade ()

9. Quais entidades representativas da comunidade desempenham um papel ativo no Conselho?
10. Como as decisões são tomadas (voto, consenso)?
11. Há disputas no interior do Conselho? Caso positivo procure caracterizá-las.
12. Quais são as principais lideranças do Conselho?
13. As decisões do Conselho que dependem da SMS costumam ser atendidas?

Sempre ()	Raramente ()
Quase sempre ()	Nunca ()

14. Como são encaminhadas as decisões do Conselho dirigidas à SMS?
15. Há relações entre o Conselho Gestor e o Conselho Municipal de Saúde? Caso positivo como você descreveria essas relações?

ANEXO 4 – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Nome do entrevistado: _____ Idade: _____

Responsável legal: _____ RG: _____

Projeto: **Conselho Gestor como instrumento de democratização da gestão no Programa Saúde da Família em Teresópolis**

Responsável: **Catherine Moura da Fonseca Pinto**

Eu, _____,
abaixo assinado, declaro ter pleno conhecimento do que se segue:

1. Objetivo da Pesquisa:
2. Benefícios que possam ser obtidos:
3. Receberei resposta ou esclarecimento a qualquer dúvida acerca de assuntos relacionados com o objeto da pesquisa.
4. Tenho a liberdade de retirar o meu consentimento a qualquer momento e deixar de participar do estudo.
5. Obterei informações atualizadas durante o estudo, ainda que isto possa afetar minha vontade de continuar dele participando.
6. A pesquisa manterá o caráter oficial das informações relacionando-as com a minha privacidade.

Em caso de dúvidas, poderei esclarecê-las através de contato telefônico com o (a) pesquisador(a) pelos telefones _____.

Rio de Janeiro, _____ de _____ de 20____

Assinatura do Participante
(Entrevistado)

Assinatura do(a) Pesquisador(a)
(Entrevistador)

ANEXO 5 – CONSTITUIÇÃO FEDERAL DE 1988

TÍTULO VIII - DA ORDEM SOCIAL

Capítulo II

Seção II - Da Saúde

Art. 196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

Art. 197. São de relevância pública as ações e serviços de saúde, cabendo ao poder público dispor, nos termos da lei, sobre sua regulamentação, fiscalização e controle, devendo sua execução ser feita diretamente ou através de terceiros e, também, por pessoa física ou jurídica de direito privado.

Art. 198. (*) As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:

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

II - atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;

III - participação da comunidade.

Parágrafo único. O Sistema Único de Saúde será financiado, nos termos do art. 195, com recursos do orçamento da seguridade social, da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, além de outras fontes.

(*) Emenda Constitucional nº 29, de 2000.

Art. 199. A assistência à saúde é livre à iniciativa privada.

§ 1º. As instituições privadas poderão participar de forma complementar do Sistema Único de Saúde, segundo diretrizes deste, mediante contrato de direito público ou convênio, tendo preferência as entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos.

§ 2º. É vedada a destinação de recursos públicos para auxílios ou subvenções às instituições privadas com fins lucrativos.

§ 3º. É vedada a participação direta ou indireta de empresas ou capitais estrangeiros na assistência à saúde no País, salvo nos casos previstos em lei.

§ 4º. A lei disporá sobre as condições e os requisitos que facilitem a remoção de órgãos, tecidos e substâncias humanas para fins de transplante, pesquisa e tratamento, bem como a coleta, processamento e transfusão de sangue e seus derivados, sendo vedado todo tipo de comercialização.

Art. 200. Ao Sistema Único de Saúde compete, além de outras atribuições, nos termos da lei:

I - controlar e fiscalizar procedimentos, produtos e substâncias de interesse para a saúde e participar da produção de medicamentos, equipamentos, imunobiológicos, hemoderivados e outros insumos;

II - executar as ações de vigilância sanitária e epidemiológica, bem como as de saúde do trabalhador;

III - ordenar a formação de recursos humanos na área de saúde;

IV - participar da formulação da política e da execução das ações de saneamento básico;

V - incrementar em sua área de atuação o desenvolvimento científico e tecnológico;

VI - fiscalizar e inspecionar alimentos, compreendido o controle de seu teor nutricional, bem como bebidas e águas para consumo humano;

VII - participar do controle e fiscalização da produção, transporte, guarda e utilização de substâncias e produtos psicoativos, tóxicos e radioativos;

VIII - colaborar na proteção do meio ambiente, nele compreendido o do trabalho.

ANEXO 6 - LEI Nº 8.080, DE 19 DE SETEMBRO DE 1990 – LEI ORGÂNICA DA SAÚDE

Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.

O PRESIDENTE DA REPÚBLICA, faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte lei:

DISPOSIÇÃO PRELIMINAR

Art. 1º. Esta lei regula, em todo o 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.

TÍTULO I - DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 2º. A saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício.

§ 1º. O dever do Estado de garantir a saúde consiste na formulação e execução de políticas econômicas e sociais que visem à redução de riscos de doenças e de outros agravos e no estabelecimento de condições que assegurem acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a sua promoção, proteção e recuperação.

§ 2º. O dever do Estado não exclui o das pessoas, da família, das empresas e da sociedade.

Art. 3º. A saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais; os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do País.

Parágrafo único. Dizem respeito também à saúde as ações que, por força do disposto no artigo anterior, se destinam a garantir às pessoas e à coletividade condições de bem-estar físico, mental e social.

TÍTULO II - DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

DISPOSIÇÃO PRELIMINAR

Art. 4º. O conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da Administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público, constitui o Sistema Único de Saúde (SUS).

§ 1º. Estão incluídas no disposto neste artigo as instituições públicas federais, estaduais e municipais de controle de qualidade, pesquisa e produção de insumos, medicamentos, inclusive de sangue e hemoderivados, e de equipamentos para saúde.

§ 2º. A iniciativa privada poderá participar do Sistema Único de Saúde (SUS), em caráter complementar.

Capítulo I - Dos Objetivos e Atribuições

Art. 5º. São objetivos do Sistema Único de Saúde (SUS):

I - a identificação e divulgação dos fatores condicionantes e determinantes da saúde;

II - a formulação de política de saúde destinada a promover, nos campos econômico e social,

a observância do disposto no § 1º do art. 2º desta lei;

III - a assistência às pessoas por intermédio de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, com a realização integrada das ações assistenciais e das atividades preventivas.

Art. 6º. Estão incluídas ainda no campo de atuação do Sistema Único de Saúde (SUS):

I - a execução de ações:

a) de vigilância sanitária;

b) de vigilância epidemiológica;

c) de saúde do trabalhador; e

d) de assistência terapêutica integral, inclusive farmacêutica;

II - a participação na formulação da política e na execução de ações de saneamento básico;

III - a ordenação da formação de recursos humanos na área de saúde;

IV - a vigilância nutricional e a orientação alimentar;

V - a colaboração na proteção do meio ambiente, nele compreendido o do trabalho;

VI - a formulação da política de medicamentos, equipamentos, imunobiológicos e outros insumos de interesse para a saúde e a participação na sua produção;

VII - o controle e a fiscalização de serviços, produtos e substâncias de interesse para a saúde;

VIII - a fiscalização e a inspeção de alimentos, água e bebidas para consumo humano;

IX - a participação no controle e na fiscalização da produção, transporte, guarda e utilização de substâncias e produtos psicoativos, tóxicos e radioativos;

X - o incremento, em sua área de atuação, do desenvolvimento científico e tecnológico;

XI - a formulação e execução da política de sangue e seus derivados.

§ 1º. Entende-se por vigilância sanitária um conjunto de ações capaz de eliminar, diminuir ou prevenir riscos à saúde e de intervir nos problemas sanitários decorrentes do meio ambiente, da produção e circulação de bens e da prestação de serviços de interesse da saúde, abrangendo:

I - o controle de bens de consumo que, direta ou indiretamente, se relacionem com a saúde, compreendidas todas as etapas e processos, da produção ao

consumo; e

II - o controle da prestação de serviços que se relacionam direta ou indiretamente com a saúde.

§ 2º . Entende-se por vigilância epidemiológica um conjunto de ações que proporcionam o conhecimento, a detecção ou prevenção de qualquer mudança nos fatores determinantes e condicionantes de saúde individual ou coletiva, com a finalidade de recomendar e adotar as medidas de prevenção e controle das doenças ou agravos.

§ 3º . Entende-se por saúde do trabalhador, para fins desta lei, um conjunto de atividades que se destina, através das ações de vigilância epidemiológica e vigilância sanitária, à promoção e proteção da saúde dos trabalhadores, assim como visa à recuperação e reabilitação da saúde dos trabalhadores submetidos aos riscos e agravos advindos das condições de trabalho, abrangendo:

I - assistência ao trabalhador vítima de acidentes de trabalho ou portador de doença profissional e do trabalho;

II - participação, no âmbito de competência do Sistema Único de Saúde (SUS), em estudos, pesquisas, avaliação e controle dos riscos e agravos potenciais à saúde existentes no processo de trabalho;

III - participação, no âmbito de competência do Sistema Único de Saúde (SUS), da normatização, fiscalização e controle das condições de produção, extração, armazenamento, transporte, distribuição e manuseio de substâncias, de produtos, de máquinas e de equipamentos que apresentam riscos à saúde do trabalhador;

IV - avaliação do impacto que as tecnologias provocam à saúde;

V - informação ao trabalhador e à sua respectiva entidade sindical e às empresas sobre os riscos de acidentes de trabalho, doença profissional e do trabalho, bem como os resultados de fiscalizações, avaliações ambientais e exames de saúde, de admissão, periódicos e de demissão, respeitados os preceitos da ética profissional;

VI - participação na normatização, fiscalização e controle dos serviços de saúde do trabalhador nas instituições e empresas públicas e privadas;

VII - revisão periódica da listagem oficial de doenças originadas no processo de trabalho, tendo na sua elaboração a colaboração das entidades sindicais; e

VIII - a garantia ao sindicato dos trabalhadores de requerer ao órgão competente a interdição de máquina, de setor de serviço ou de todo ambiente de trabalho, quando houver exposição a risco iminente para a vida ou saúde dos trabalhadores.

Capítulo II - Dos Princípios e Diretrizes

Art. 7º. As ações e serviços públicos de saúde e os serviços privados contratados ou conveniados que integram o Sistema Único de Saúde (SUS), são desenvolvidos de acordo com as diretrizes previstas no art. 198 da Constituição Federal, obedecendo ainda aos seguintes princípios:

I - universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência;

II - integralidade de assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo

das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema;

III - preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral;

IV - igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie;

V - direito à informação, às pessoas assistidas, sobre sua saúde;

VI - divulgação de informações quanto ao potencial dos serviços de saúde e a sua utilização pelo usuário;

VII - utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades, a alocação de recursos e a orientação programática;

VIII - participação da comunidade;

IX - descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo:

a) ênfase na descentralização dos serviços para os municípios;

b) regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde;

X - integração em nível executivo das ações de saúde, meio ambiente e saneamento básico;

XI - conjugação dos recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios na prestação de serviços de assistência à saúde da população;

XII - capacidade de resolução dos serviços em todos os níveis de assistência; e

XIII - organização dos serviços públicos de modo a evitar duplicidade de meios para fins idênticos.

Capítulo III - Da Organização, da Direção e da Gestão

Art. 8º. As ações e serviços de saúde, executados pelo Sistema Único de Saúde (SUS), seja diretamente ou mediante participação complementar da iniciativa privada, serão organizados de forma regionalizada e hierarquizada em níveis de complexidade crescente.

Art. 9º. A direção do Sistema Único de Saúde (SUS) é única, de acordo com o inciso I do art. 198 da Constituição Federal, sendo exercida em cada esfera de governo pelos seguintes órgãos:

I - no âmbito da União, pelo Ministério da Saúde;

II - no âmbito dos Estados e do Distrito Federal, pela respectiva Secretaria de Saúde ou órgão equivalente; e

III - no âmbito dos Municípios, pela respectiva Secretaria de Saúde ou órgão equivalente.

Art. 10. Os municípios poderão constituir consórcios para desenvolver em conjunto as ações e os serviços de saúde que lhes correspondam.

§ 1º. Aplica-se aos consórcios administrativos intermunicipais o princípio da direção única, e os respectivos atos constitutivos dispõem sobre sua observância.

§ 2º. No nível municipal, o Sistema Único de Saúde (SUS) poderá organizar-se em distritos de forma a integrar e articular recursos, técnicas e práticas voltadas para a cobertura total das ações de saúde.

Art. 11. (Vetado).

Art. 12. 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. 13. 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.

Art. 14. Deverão ser criadas Comissões Permanentes de integração entre os serviços de saúde e as instituições de ensino profissional e superior.

Parágrafo único. Cada uma dessas comissões terá por finalidade propor prioridades, métodos e estratégias para a formação e educação continuada dos recursos humanos do Sistema Único de Saúde (SUS), na esfera correspondente, assim como em relação à pesquisa e à cooperação técnica entre essas instituições.

Capítulo IV - Da Competência e das Atribuições

Seção I - Das Atribuições Comuns

Art. 15. A União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios exercerão, em seu âmbito administrativo, as seguintes atribuições:

- I - definição das instâncias e mecanismos de controle, avaliação e de fiscalização das ações e serviços de saúde;
- II - administração dos recursos orçamentários e financeiros destinados, em cada ano, à saúde;
- III - acompanhamento, avaliação e divulgação do nível de saúde da população e das condições ambientais;
- IV - organização e coordenação do sistema de informação de saúde;
- V - elaboração de normas técnicas e estabelecimento de padrões de qualidade e parâmetros de custos que caracterizam a assistência à saúde;
- VI - elaboração de normas técnicas e estabelecimento de padrões de qualidade para promoção da saúde do trabalhador;
- VII - participação de formulação da política e da execução das ações de

- saneamento básico e colaboração na proteção e recuperação do meio ambiente;
- VIII - elaboração e atualização periódica do plano de saúde;
- IX - participação na formulação e na execução da política de formação e desenvolvimento de recursos humanos para a saúde;
- X - elaboração da proposta orçamentária do Sistema Único de Saúde (SUS), de conformidade com o plano de saúde;
- XI - elaboração de normas para regular as atividades de serviços privados de saúde, tendo em vista a sua relevância pública;
- XII - realização de operações externas de natureza financeira de interesse da saúde, autorizadas pelo Senado Federal;
- XIII - para atendimento de necessidades coletivas, urgentes e transitórias, decorrentes de situações de perigo iminente, de calamidade pública ou de irrupção de epidemias, a autoridade competente da esfera administrativa correspondente poderá requisitar bens e serviços, tanto de pessoas naturais como de jurídicas, sendo-lhes assegurada justa indenização;
- XIV - implementar o Sistema Nacional de Sangue, Componentes e Derivados;
- XV - propor a celebração de convênios, acordos e protocolos internacionais relativos à saúde, saneamento e meio ambiente;
- XVI - elaborar normas técnico-científicas de promoção, proteção e recuperação da saúde;
- XVII - promover articulação com os órgãos de fiscalização do exercício profissional e outras entidades representativas da sociedade civil para a definição e controle dos padrões éticos para pesquisa, ações e serviços de saúde;
- XVIII - promover a articulação da política e dos planos de saúde;
- XIX - realizar pesquisas e estudos na área de saúde;
- XX - definir as instâncias e mecanismos de controle e fiscalização inerentes ao poder de polícia sanitária;
- XXI - fomentar, coordenar e executar programas e projetos estratégicos e de atendimento emergencial.

Seção II - Da Competência

Art. 16. À direção nacional do Sistema Único da Saúde (SUS) compete:

- I - formular, avaliar e apoiar políticas de alimentação e nutrição;
- II - participar na formulação e na implementação das políticas:
- a) de controle das agressões ao meio ambiente;
 - b) de saneamento básico; e
 - c) relativas às condições e aos ambientes de trabalho;
- III - definir e coordenar os sistemas:
- a) de redes integradas de assistência de alta complexidade;
 - b) de rede de laboratórios de saúde pública;

c) de vigilância epidemiológica; e

d) vigilância sanitária;

IV - participar da definição de normas e mecanismos de controle, com órgãos afins, de agravo sobre o meio ambiente ou dele decorrentes, que tenham repercussão na saúde humana;

V - participar da definição de normas, critérios e padrões para o controle das condições e dos ambientes de trabalho e coordenar a política de saúde do trabalhador;

VI - coordenar e participar na execução das ações de vigilância epidemiológica;

VII - estabelecer normas e executar a vigilância sanitária de portos, aeroportos e fronteiras, podendo a execução ser complementada pelos Estados, Distrito Federal e Municípios;

VIII - estabelecer critérios, parâmetros e métodos para o controle da qualidade sanitária de produtos, substâncias e serviços de consumo e uso humano;

IX - promover articulação com os órgãos educacionais e de fiscalização do exercício profissional, bem como com entidades representativas de formação de recursos humanos na área de saúde;

X - formular, avaliar, elaborar normas e participar na execução da política nacional e produção de insumos e equipamentos para a saúde, em articulação com os demais órgãos governamentais;

XI - identificar os serviços estaduais e municipais de referência nacional para o estabelecimento de padrões técnicos de assistência à saúde;

XII - controlar e fiscalizar procedimentos, produtos e substâncias de interesse para a saúde;

XIII - prestar cooperação técnica e financeira aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios para o aperfeiçoamento da sua atuação institucional;

XIV - elaborar normas para regular as relações entre o Sistema Único de Saúde (SUS) e os serviços privados contratados de assistência à saúde;

XV - promover a descentralização para as Unidades Federadas e para os Municípios, dos serviços e ações de saúde, respectivamente, de abrangência estadual e municipal;

XVI - normatizar e coordenar nacionalmente o Sistema Nacional de Sangue, Componentes e Derivados;

XVII - acompanhar, controlar e avaliar as ações e os serviços de saúde, respeitadas as competências estaduais e municipais;

XVIII - elaborar o Planejamento Estratégico Nacional no âmbito do SUS, em cooperação técnica com os Estados, Municípios e Distrito Federal; e

XIX - estabelecer o Sistema Nacional de Auditoria e coordenar a avaliação técnica e financeira do SUS em todo o Território Nacional em cooperação técnica com os Estados, Municípios e Distrito Federal.

Parágrafo único. A União poderá executar ações de vigilância epidemiológica e sanitária em circunstâncias especiais, como na ocorrência de agravos inusitados

à saúde, que possam escapar do controle da direção estadual do Sistema Único de Saúde (SUS) ou que representem risco de disseminação nacional.

Art. 17. À direção estadual do Sistema Único de Saúde (SUS) compete:

I - promover a descentralização para os Municípios dos serviços e das ações de saúde;

II - acompanhar, controlar e avaliar as redes hierarquizadas do Sistema Único de Saúde (SUS);

III - prestar apoio técnico e financeiro aos Municípios e executar supletivamente ações e serviços de saúde;

IV - coordenar e, em caráter complementar, executar ações e serviços:

a) de vigilância epidemiológica;

b) de vigilância sanitária;

c) de alimentação e nutrição; e

d) de saúde do trabalhador;

V - participar, junto com os órgãos afins, do controle dos agravos do meio ambiente que tenham repercussão na saúde humana;

VI - participar da formulação da política e da execução de ações de saneamento básico;

VII - participar das ações de controle e avaliação das condições e dos ambientes de trabalho;

VIII - em caráter suplementar, formular, executar, acompanhar e avaliar a política de insumos e equipamentos para a saúde;

IX - identificar estabelecimentos hospitalares de referência e gerir sistemas públicos de alta complexidade, de referência estadual e regional;

X - coordenar a rede estadual de laboratórios de saúde pública e hemocentros, e gerir as unidades que permaneçam em sua organização administrativa;

XI - estabelecer normas, em caráter suplementar, para o controle e avaliação das ações e serviços de saúde;

XII - formular normas e estabelecer padrões, em caráter suplementar, de procedimentos de controle de qualidade para produtos e substâncias de consumo humano;

XIII - colaborar com a União na execução da vigilância sanitária de portos, aeroportos e fronteiras; e

XIV - o acompanhamento, a avaliação e divulgação dos indicadores de morbidade e mortalidade no âmbito da unidade federada.

Art. 18. À direção municipal do Sistema Único de Saúde (SUS) compete:

I - planejar, organizar, controlar e avaliar as ações e os serviços de saúde e gerir e executar os serviços públicos de saúde;

II - participar do planejamento, programação e organização da rede regionalizada e hierarquizada do Sistema Único de Saúde (SUS), em articulação com sua direção estadual;

III - participar da execução, controle e avaliação das ações referentes às condições e aos ambientes de trabalho;

IV - executar serviços:

a) de vigilância epidemiológica;

b) vigilância sanitária;

c) de alimentação e nutrição;

d) de saneamento básico; e

e) de saúde do trabalhador;

V - dar execução, no âmbito municipal, à política de insumos e equipamentos para a saúde;

VI - colaborar na fiscalização das agressões ao meio ambiente que tenham repercussão sobre a saúde humana e atuar, junto aos órgãos municipais, estaduais e federais competentes, para controlá-las;

VII - formar consórcios administrativos intermunicipais;

VIII - gerir laboratórios públicos de saúde e hemocentros;

IX - colaborar com a União e os Estados na execução da vigilância sanitária de portos, aeroportos e fronteiras;

X - observado o disposto no art. 26 desta Lei, celebrar contratos e convênios com entidades prestadoras de serviços privados de saúde, bem como controlar e avaliar sua execução;

XI - controlar e fiscalizar os procedimentos dos serviços privados de saúde;

XII - normatizar complementarmente as ações e serviços públicos de saúde no seu âmbito de atuação.

Art. 19. Ao Distrito Federal competem as atribuições reservadas aos Estados e aos Municípios.

TÍTULO III - DOS SERVIÇOS PRIVADOS DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE

Capítulo I - Do Funcionamento

Art. 20. Os serviços privados de assistência à saúde caracterizam-se pela atuação, por iniciativa própria, de profissionais liberais, legalmente habilitados, e de pessoas jurídicas de direito privado na promoção, proteção e recuperação da saúde.

Art. 21. A assistência à saúde é livre à iniciativa privada.

Art. 22. Na prestação de serviços privados de assistência à saúde, serão observados os princípios éticos e as normas expedidas pelo órgão de direção do Sistema Único de Saúde (SUS) quanto às condições para seu funcionamento.

Art. 23. É vedada a participação direta ou indireta de empresas ou de capitais estrangeiros na assistência à saúde, salvo através de doações de organismos internacionais vinculados à Organização das Nações Unidas, de entidades de cooperação técnica e de financiamento e empréstimos.

§ 1º. Em qualquer caso é obrigatória a autorização do órgão de direção nacional do Sistema Único de Saúde (SUS), submetendo-se a seu controle as atividades

que forem desenvolvidas e os instrumentos que forem firmados.

§ 2º. Excetuam-se do disposto neste artigo os serviços de saúde mantidos, em finalidade lucrativa, por empresas, para atendimento de seus empregados e dependentes, sem qualquer ônus para a seguridade social.

Capítulo II - Da Participação Complementar

Art. 24. Quando as suas disponibilidades forem insuficientes para garantir a cobertura assistencial à população de uma determinada área, o Sistema Único de Saúde (SUS) poderá recorrer aos serviços ofertados pela iniciativa privada.

Parágrafo único. A participação complementar dos serviços privados será formalizada mediante contrato ou convênio, observadas, a respeito, as normas de direito público.

Art. 25. Na hipótese do artigo anterior, as entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos terão preferência para participar do Sistema Único de Saúde (SUS).

Art. 26. Os critérios e valores para a remuneração de serviços e os parâmetros de cobertura assistencial serão estabelecidos pela direção nacional do Sistema Único de Saúde (SUS), aprovados no Conselho Nacional de Saúde.

§ 1º. Na fixação dos critérios, valores, formas de reajuste e de pagamento da remuneração aludida neste artigo, a direção nacional do Sistema Único de Saúde (SUS) deverá fundamentar seu ato em demonstrativo econômico-financeiro que garanta a efetiva qualidade de execução dos serviços contratados.

§ 2º. Os serviços contratados submeter-se-ão às normas técnicas e administrativas e aos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), mantido o equilíbrio econômico e financeiro do contrato.

§ 3º. (Vetado).

§ 4º. Aos proprietários, administradores e dirigentes de entidades ou serviços contratados é vedado exercer cargo de chefia ou função de confiança no Sistema Único de Saúde (SUS).

TÍTULO IV - DOS RECURSOS HUMANOS

Art. 27. A política de recursos humanos na área da saúde será formalizada e executada, articuladamente, pelas diferentes esferas de governo, em cumprimento dos seguintes objetivos:

I - organização de um sistema de formação de recursos humanos em todos os níveis de ensino, inclusive de pós-graduação, além da elaboração de programas de permanente aperfeiçoamento de pessoal;

II - (Vetado)

III - (Vetado)

IV - valorização da dedicação exclusiva aos serviços do Sistema Único de Saúde (SUS).

Parágrafo único. Os serviços públicos que integram o Sistema Único de Saúde (SUS) constituem campo de prática para ensino e pesquisa, mediante normas específicas, elaboradas conjuntamente com o sistema educacional.

Art. 28. Os cargos e funções de chefia, direção e assessoramento, no âmbito do

Sistema Único de Saúde (SUS), só poderão ser exercidas em regime de tempo integral.

§ 1º. Os servidores que legalmente acumulam dois cargos ou empregos poderão exercer suas atividades em mais de um estabelecimento do Sistema Único de Saúde (SUS).

§ 2º. O disposto no parágrafo anterior aplica-se também aos servidores em regime de tempo integral, com exceção dos ocupantes de cargos ou função de chefia, direção ou assessoramento.

Art. 29. (Vetado).

Art. 30. As especializações na forma de treinamento em serviço sob supervisão serão regulamentadas por Comissão Nacional, instituída de acordo com o art. 12 desta Lei, garantida a participação das entidades profissionais correspondentes.

TÍTULO V - DO FINANCIAMENTO

Capítulo I - Dos Recursos

Art. 31. O orçamento da seguridade social destinará ao Sistema Único de Saúde (SUS) de acordo com a receita estimada, os recursos necessários à realização de suas finalidades, previstos em proposta elaborada pela sua direção nacional, com a participação dos órgãos da Previdência Social e da Assistência Social, tendo em vista as metas e prioridades estabelecidas na Lei de Diretrizes Orçamentárias.

Art. 32. São considerados de outras fontes os recursos provenientes de:

I - (Vetado)

II - serviços que possam ser prestados sem prejuízo da assistência à saúde;

III - ajuda, contribuições, doações e donativos;

IV - alienações patrimoniais e rendimentos de capital;

V - taxas, multas, emolumentos e preços públicos arrecadados no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS); e

VI - rendas eventuais, inclusive comerciais e industriais.

§ 1º. Ao Sistema Único de Saúde (SUS) caberá metade da receita de que trata o inciso I deste artigo, apurada mensalmente, a qual será destinada à recuperação de viciados.

§ 2º. As receitas geradas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) serão creditadas diretamente em contas especiais, movimentadas pela sua direção, na esfera de poder onde forem arrecadadas.

§ 3º. As ações de saneamento que venham a ser executadas supletivamente pelo Sistema Único de Saúde (SUS), serão financiadas por recursos tarifários específicos e outros da União, Estados, Distrito Federal, Municípios e, em particular, do Sistema Financeiro da Habitação (SFH).

§ 4º. (Vetado).

§ 5º. As atividades de pesquisa e desenvolvimento científico e tecnológico em saúde serão co-financiadas pelo Sistema Único de Saúde (SUS), pelas universidades e pelo orçamento fiscal, além de recursos de instituições de fomento e financiamento ou de origem externa e receita própria das instituições

executoras.

§ 6º . (Vetado).

Capítulo II - Da Gestão Financeira

Art. 33. Os recursos financeiros do Sistema Único de Saúde (SUS) serão depositados em conta especial, em cada esfera de sua atuação, e movimentados sob fiscalização dos respectivos Conselhos de Saúde.

§ 1º . Na esfera federal, os recursos financeiros, originários do Orçamento da Seguridade Social, de outros Orçamentos da União, além de outras fontes, serão administrados pelo

Ministério da Saúde, através do Fundo Nacional de Saúde.

§ 2º . (Vetado)

§ 3º . (Vetado)

§ 4º . O Ministério da Saúde acompanhará, através de seu sistema de auditoria, a conformidade à programação aprovada da aplicação dos recursos repassados a Estados e Municípios. Constatada a malversação, desvio ou não aplicação dos recursos, caberá ao Ministério da Saúde aplicar as medidas previstas em lei.

Art. 34. As autoridades responsáveis pela distribuição da receita efetivamente arrecadada transferirão automaticamente ao Fundo Nacional de Saúde (FNS), observado o critério do Parágrafo único deste artigo, os recursos financeiros correspondentes às dotações consignadas no Orçamento da Seguridade Social, a projetos e atividades a serem executados no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

Parágrafo único. Na distribuição dos recursos financeiros da Seguridade Social será observada a mesma proporção da despesa prevista de cada área, no Orçamento da Seguridade Social.

Art. 35. Para o estabelecimento de valores a serem transferidos a Estados, Distrito Federal e Municípios, será utilizada a combinação dos seguintes critérios, segundo análise técnica de

programas e projetos:

I - perfil demográfico da região;

II - perfil epidemiológico da população a ser coberta;

III - características quantitativas e qualitativas da rede de saúde na área;

IV - desempenho técnico, econômico e financeiro no período anterior;

V - níveis de participação do setor saúde nos orçamentos estaduais e municipais;

VI - previsão do plano quinquenal de investimentos da rede;

VII - ressarcimento do atendimento a serviços prestados para outras esferas de governo.

§ 1º . Metade dos recursos destinados a Estados e Municípios será distribuída segundo o quociente de sua divisão pelo número de habitantes, independentemente de qualquer procedimento prévio.

§ 2º . Nos casos de Estados e Municípios sujeitos a notório processo de

migração, os critérios demográficos mencionados nesta lei serão ponderados por outros indicadores de crescimento populacional, em especial o número de eleitores registrados.

§ 3º . (Vetado)

§ 4º . (Vetado)

§ 5º . (Vetado)

§ 6º . O disposto no parágrafo anterior não prejudica a atuação dos órgãos de controle interno e externo e nem a aplicação de penalidades previstas em lei, em caso de irregularidades verificadas na gestão dos recursos transferidos.

Capítulo III - Do Planejamento e do Orçamento

Art. 36. O processo de planejamento e orçamento do Sistema Único de Saúde (SUS) será ascendente, do nível local até o federal, ouvidos seus órgãos deliberativos,

compatibilizando-se as necessidades da política de saúde com a disponibilidade de recursos em planos de saúde dos Municípios, dos Estados, do Distrito Federal e da União.

§ 1º . Os planos de saúde serão a base das atividades e programações de cada nível de direção do Sistema Único de Saúde (SUS), e seu financiamento será previsto na respectiva proposta orçamentária.

§ 2º . É vedada a transferência de recursos para o financiamento de ações não previstas nos planos de saúde, exceto em situações emergenciais ou de calamidade pública, na área de saúde.

Art. 37. O Conselho Nacional de Saúde estabelecerá as diretrizes a serem observadas na elaboração dos planos de saúde, em função das características epidemiológicas e da organização dos serviços em cada jurisdição administrativa.

Art. 38. Não será permitida a destinação de subvenções e auxílios a instituições prestadoras de serviços de saúde com finalidade lucrativa.

Das Disposições Finais e Transitórias

Art. 39. (Vetado)

§ 1º . (Vetado)

§ 2º . (Vetado)

§ 3º . (Vetado)

§ 4º . (Vetado)

§ 5º . A cessão de uso dos imóveis de propriedade do INAMPS para órgãos integrantes do

Sistema Único de Saúde (SUS) será feita de modo a preservá-los como patrimônio da Seguridade Social.

§ 6º . Os imóveis de que trata o parágrafo anterior serão inventariados com todos os seus acessórios, equipamentos e outros bens móveis e ficarão disponíveis para utilização pelo órgão de direção municipal do Sistema Único de Saúde (SUS) ou, eventualmente, pelo estadual, em cuja circunscrição administrativa se encontrem, mediante simples termo de recebimento.

§ 7º . (Vetado)

§ 8º . O acesso aos serviços de informática e bases de dados, mantidos pelo Ministério da Saúde e pelo Ministério do Trabalho e da Previdência Social, será assegurado às Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde ou órgãos congêneres, como suporte ao processo de gestão, de forma a permitir a gerência informatizada das contas e a disseminação de estatísticas sanitárias e epidemiológicas médico-hospitalares.

Art. 40. (Vetado)

Art. 41. As ações desenvolvidas pela Fundação das Pioneiras Sociais e pelo Instituto Nacional do Câncer, supervisionadas pela direção nacional do Sistema Único de Saúde (SUS), permanecerão como referencial de prestação de serviços, formação de recursos humanos e para transferência de tecnologia.

Art. 42. (Vetado)

Art. 43. A gratuidade das ações e serviços de saúde fica preservada nos serviços públicos contratados, ressalvando-se as cláusulas dos contratos ou convênios estabelecidos com as entidades privadas.

Art. 44. (Vetado)

Art. 45. Os serviços de saúde dos hospitais universitários e de ensino integram-se ao Sistema Único de Saúde (SUS), mediante convênio, preservada a sua autonomia

administrativa, em relação ao patrimônio, aos recursos humanos e financeiros, ensino, pesquisa e extensão nos limites conferidos pelas instituições a que estejam vinculados.

§ 1º . Os serviços de saúde de sistemas estaduais e municipais de previdência social deverão integrar-se à direção correspondente do Sistema Único de Saúde (SUS), conforme seu âmbito de atuação, bem como quaisquer outros órgãos e serviços de saúde.

§ 2º . Em tempo de paz e havendo interesse recíproco, os serviços de saúde das Forças Armadas poderão integrar-se ao Sistema Único de Saúde (SUS), conforme se dispuser em convênio que, para esse fim, for firmado.

Art. 46. o Sistema Único de Saúde (SUS), estabelecerá mecanismos de incentivos à participação do setor privado no investimento em ciência e tecnologia e estimulará a transferência de tecnologia das universidades e institutos de pesquisa aos serviços de saúde nos Estados, Distrito Federal e Municípios, e às empresas nacionais.

Art. 47. O Ministério da Saúde, em articulação com os níveis estaduais e municipais do Sistema Único de Saúde (SUS), organizará, no prazo de dois anos, um sistema nacional de informações em saúde, integrado em todo o território nacional, abrangendo questões epidemiológicas e de prestação de serviços.

Art. 48. (Vetado)

Art. 49. (Vetado)

Art. 50. Os convênios entre a União, os Estados e os Municípios, celebrados para implantação dos Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde, ficarão rescindidos à proporção que seu objeto for sendo absorvido pelo Sistema Único

de Saúde (SUS).

Art. 51. (Vetado)

Art. 52. Sem prejuízo de outras sanções cabíveis, constitui crime de emprego irregular de verbas ou rendas públicas (Código Penal, art. 315) a utilização de recursos financeiros do Sistema Único de Saúde (SUS) em finalidades diversas das previstas nesta lei.

Art. 53. (Vetado)

Art. 54. Esta lei entra em vigor na data de sua publicação.

Art. 55. São revogadas a Lei nº 2.312, de 3 de setembro de 1954, a Lei nº 6.229, de 17 de julho de 1975, e demais disposições em contrário.

Brasília, 19 de setembro de 1990; 169º da Independência e 102º da República.

FERNANDO COLLOR

Alceni Guerra

ANEXO 7 – LEI Nº 8.142, DE 28 DE DEZEMBRO DE 1990

Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências.

O PRESIDENTE DA REPÚBLICA, faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte lei:

Art. 1º. O Sistema Único de Saúde (SUS), de que trata a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, contará, em cada esfera de governo, sem prejuízo das funções do Poder Legislativo, com as seguintes instâncias colegiadas:

I - a Conferência de Saúde; e

II - o Conselho de Saúde.

§ 1º. A Conferência de Saúde reunir-se-á a cada quatro anos com a representação dos vários segmentos sociais, para avaliar a situação de saúde e propor as diretrizes para a formulação da política de saúde nos níveis correspondentes, convocada pelo Poder Executivo ou, extraordinariamente, por esta ou pelo Conselho de Saúde.

§ 2º. O Conselho de Saúde, em caráter permanente e deliberativo, órgão colegiado composto por representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários, atua na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde na instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, cujas decisões serão homologadas pelo chefe do poder legalmente constituído em cada esfera do governo.

§ 3º. O Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass) e o Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (Conasems) terão representação no Conselho Nacional de Saúde.

§ 4º. A representação dos usuários nos Conselhos de Saúde e Conferências será paritária em relação ao conjunto dos demais segmentos.

§ 5º. As Conferências de Saúde e os Conselhos de Saúde terão sua organização e normas de funcionamento definidas em regimento próprio, aprovadas pelo respectivo conselho.

Art. 2º. Os recursos do Fundo Nacional de Saúde (FNS) serão alocados como:

I - despesas de custeio e de capital do Ministério da Saúde, seus órgãos e entidades, da administração direta e indireta;

II - investimentos previstos em lei orçamentária, de iniciativa do Poder Legislativo e aprovados pelo Congresso Nacional;

III - investimentos previstos no Plano Quinquenal do Ministério da Saúde;

IV - cobertura das ações e serviços de saúde a serem implementados pelos Municípios, Estados e Distrito Federal.

Parágrafo único. Os recursos referidos no inciso IV deste artigo destinar-se-ão a investimentos na rede de serviços, à cobertura assistencial ambulatorial e hospitalar e às demais ações de saúde.

Art. 3º. Os recursos referidos no inciso IV do art. 2º desta lei serão repassados de forma regular e automática para os Municípios, Estados e Distrito Federal, de acordo com os critérios previstos no art. 35 da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990.

§ 1º. Enquanto não for regulamentada a aplicação dos critérios previstos no art. 35 da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, será utilizado, para o repasse de recursos, exclusivamente o critério estabelecido no § 1º do mesmo artigo.

§ 2º. Os recursos referidos neste artigo serão destinados, pelo menos setenta por cento, aos Municípios, afetando-se o restante aos Estados.

§ 3º. Os Municípios poderão estabelecer consórcio para execução de ações e serviços de saúde, remanejando, entre si, parcelas de recursos previstos no inciso IV do art. 2º desta lei.

Art. 4º. Para receberem os recursos de que trata o art. 3º desta lei, os Municípios, os Estados e o Distrito Federal deverão contar com:

I - Fundo de Saúde;

II - Conselho de Saúde, com composição paritária de acordo com o Decreto nº 99.438, de 7 de agosto de 1990;

III - plano de saúde;

IV - relatórios de gestão que permitam o controle de que trata o § 4º do art. 33 da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990;

V - contrapartida de recursos para a saúde no respectivo orçamento;

VI - comissão de elaboração do Plano de Carreira, Cargos e Salários (PCCS), previsto o prazo de dois anos para sua implantação.

Parágrafo único. O não atendimento pelos Municípios, ou pelos Estados, ou pelo Distrito Federal, dos requisitos estabelecidos neste artigo, implicará em que os recursos concernentes sejam administrados, respectivamente, pelos Estados ou pela União.

Art. 5º. É o Ministério da Saúde, mediante portaria do Ministro de Estado, autorizado a estabelecer condições para aplicação desta lei.

Art. 6º. Esta lei entra em vigor na data de sua publicação.

Art. 7º. Revogam-se as disposições em contrário.

Brasília, 28 de dezembro de 1990; 169º da Independência e 102º da República.

FERNANDO COLLOR

Alceni Guerra

ANEXO 8 – RESOLUÇÃO N.º 333, DE 4 DE NOVEMBRO DE 2003

O Plenário do Conselho Nacional de Saúde (CNS), em sua Centésima Trigésima Sexta Reunião Ordinária, realizada nos dias 3 e 4 de novembro de 2003, no uso de suas competências regimentais e atribuições conferidas pela Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, e pela Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, e

Considerando os debates ocorridos nos Conselhos de Saúde, nas três esferas de Governo, na X Plenária Nacional de Conselhos de Saúde, nas Plenárias Regionais e Estaduais de Conselhos de Saúde, na 9ª, na 10ª e na 11ª Conferências Nacionais de Saúde, e nas Conferências Estaduais, do Distrito Federal e Municipais de Saúde;

Considerando a experiência já acumulada do Controle Social da saúde e reiteradas demandas de Conselhos Estaduais e Municipais referentes às propostas de composição, organização e funcionamento dos Conselhos de Saúde, conforme § 5º, inciso II, artigo 1º, da Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990;

Considerando a ampla discussão da Resolução do CNS nº 33/92 realizada nos espaços de Controle Social, entre os quais se destacam as Plenárias de Conselhos de Saúde;

Considerando o objetivo de consolidar, fortalecer, ampliar e acelerar o processo de Controle Social do SUS, por intermédio dos Conselhos Nacional, Estaduais, Municipais, das Conferências de Saúde e das Plenárias de Conselhos de Saúde; e

Considerando que os Conselhos de Saúde, consagrados pela efetiva participação da sociedade civil organizada, representam um pólo de qualificação de cidadãos para o Controle Social nas demais esferas da ação do Estado.

R E S O L V E:

Aprovar as seguintes diretrizes para criação, reformulação, estruturação e funcionamento dos conselhos de saúde: da definição de conselho de saúde
Primeira Diretriz:

Conselho de Saúde é órgão colegiado, deliberativo e permanente do Sistema Único de Saúde (SUS) em cada esfera de Governo, integrante da estrutura básica do Ministério da Saúde, da Secretaria de Saúde dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, com composição, organização e competência fixadas na Lei nº 8.142/90.

O processo bem sucedido de descentralização tem determinado a ampliação dos Conselhos de Saúde que ora se estabelecem também em Conselhos Regionais, Conselhos Locais, Conselhos Distritais de Saúde, incluindo os Conselhos Distritais Sanitários Indígenas, sob a coordenação dos Conselhos de Saúde da esfera correspondente.

O Conselho de Saúde consubstancia a participação da sociedade organizada na administração da Saúde, como Subsistema da Seguridade Social, propiciando seu controle social.

Parágrafo único. Atua na formulação e proposição de estratégias e no controle da

execução das Políticas de Saúde, inclusive em seus aspectos econômicos e financeiros.

DA CRIAÇÃO E REFORMULAÇÃO DOS CONSELHOS DE SAÚDE

Segunda Diretriz: A criação dos Conselhos de Saúde é estabelecida por lei municipal, estadual ou federal, com base na Lei nº 8.142/90.

Parágrafo único. Na criação e reformulação dos Conselhos de Saúde o poder executivo, respeitando os princípios da democracia, deverá acolher as demandas da população, consubstanciadas nas conferências de saúde.

DA ORGANIZAÇÃO DOS CONSELHOS DE SAÚDE

Terceira Diretriz: A participação da sociedade organizada, garantida na Legislação, torna os Conselhos de Saúde uma instância privilegiada na proposição, discussão, acompanhamento, deliberação, avaliação e fiscalização da implementação da Política de Saúde, inclusive em seus aspectos econômicos e financeiros. A legislação estabelece, ainda, a composição paritária de usuários, em relação ao conjunto dos demais segmentos representados. O Conselho de Saúde será composto por representantes de usuários, de trabalhadores de saúde, do governo e de prestadores de serviços de saúde, sendo o seu Presidente eleito entre os membros do Conselho, em Reunião Plenária.

I - O número de conselheiros será indicado pelos Plenários dos Conselhos de Saúde e das Conferências de Saúde, devendo ser definido em Lei.

II - Mantendo ainda o que propôs a Resolução nº 33/92 do CNS e consoante as recomendações da 10ª e da 11ª Conferências Nacionais de Saúde, as vagas deverão ser distribuídas da seguinte forma:

- a) 50% de entidades de usuários;
- b) 25% de entidades dos trabalhadores de saúde;
- c) 25% de representação de governo, de prestadores de serviços privados conveniados, ou sem fins lucrativos.

III - A representação de órgãos ou entidades terá como critério a representatividade, a abrangência e a complementaridade do conjunto de forças sociais, no âmbito de atuação do Conselho de Saúde. De acordo com as especificidades locais, aplicando o princípio da paridade, poderão ser contempladas, dentre outras, as seguintes representações:

- a) de associações de portadores de patologias;
- b) de associações de portadores de deficiências;
- c) de entidades indígenas;
- d) de movimentos sociais e populares organizados;
- e) movimentos organizados de mulheres, em saúde;
- f) de entidades de aposentados e pensionistas;
- g) de entidades congregadas de sindicatos, centrais sindicais, confederações e

federações de trabalhadores urbanos e rurais;

h) de entidades de defesa do consumidor;

i) de organizações de moradores.

j) de entidades ambientalistas;

k) de organizações religiosas;

l) de trabalhadores da área de saúde: associações, sindicatos, federações, confederações e conselhos de classe;

m) da comunidade científica;

n) de entidades públicas, de hospitais universitários e hospitais campo de estágio, de pesquisa e desenvolvimento;

o) entidades patronais;

p) de entidades dos prestadores de serviço de saúde;

q) de Governo.

IV - Os representantes no Conselho de Saúde serão indicados, por escrito, pelos seus respectivos segmentos entidades, de acordo com a sua organização ou de seus fóruns próprios e independentes.

V - O mandato dos conselheiros será definido no Regimento Interno do Conselho, não devendo coincidir com o mandato do Governo Estadual, Municipal, do Distrito Federal ou do Governo Federal, sugerindo-se a duração de dois anos, podendo os conselheiros serem reconduzidos, a critério das respectivas representações.

VI - A ocupação de cargos de confiança ou de chefia que interfiram na autonomia representativa do conselheiro, deve ser avaliada como possível impedimento da representação do segmento e, a juízo da entidade, pode ser indicativo de substituição do conselheiro.

VII - A participação do Poder Legislativo e Judiciário não cabe nos Conselhos de Saúde, em face da independência entre os Poderes.

VIII - Quando não houver Conselho de Saúde em determinado Município, caberá ao Conselho Estadual de Saúde assumir, junto ao executivo municipal, a convocação e realização da 1ª Conferência Municipal de Saúde, que terá como um de seus objetivos a criação e a definição da composição do Conselho Municipal. O mesmo será atribuído ao CNS, quando da criação de novo Estado da Federação.

IX - Os segmentos que compõem o Conselho de Saúde são escolhidos para representar a sociedade como um todo, no aprimoramento do Sistema Único de Saúde (SUS).

X - A função de Conselheiro é de relevância pública e, portanto, garante sua dispensa do trabalho sem prejuízo para o conselheiro, durante o período das reuniões, capacitações e ações específicas do Conselho de Saúde.

DA ESTRUTURA E FUNCIONAMENTO DOS CONSELHOS DE SAÚDE

Quarta Diretriz: Os Governos garantirão autonomia para o pleno funcionamento do Conselho de Saúde, dotação orçamentária, Secretaria Executiva e estrutura administrativa.

I - O Conselho de Saúde define, por deliberação de seu Plenário, sua estrutura administrativa e o quadro de pessoal conforme os preceitos da NOB de Recursos Humanos do SUS.

II - As formas de estruturação interna do Conselho de Saúde voltadas para a coordenação e direção dos trabalhos deverão garantir a funcionalidade na distribuição de atribuições entre conselheiros e servidores, fortalecendo o processo democrático, no que evitará qualquer procedimento que crie hierarquia de poder entre conselheiros ou permita medidas tecnocráticas no seu funcionamento.

III - A Secretaria Executiva é subordinada ao Plenário do Conselho de Saúde, que definirá sua estrutura e dimensão.

IV - O orçamento do Conselho de Saúde será gerenciado pelo próprio Conselho de Saúde.

V - O Plenário do Conselho de Saúde que se reunirá, no mínimo, a cada mês e, extraordinariamente, quando necessário, funcionará baseado em seu Regimento Interno já aprovado. A pauta e o material de apoio às reuniões devem ser encaminhados aos conselheiros com antecedência. As reuniões plenárias são abertas ao público.

VI - O Conselho de Saúde exerce suas atribuições mediante o funcionamento do Plenário, que, além das comissões intersetoriais, estabelecidas na Lei nº 8.080/90, instalará comissões internas exclusivas de conselheiros, de caráter temporário ou permanente, bem como outras comissões intersetoriais e grupos de trabalho para ações transitórias. Grupos de trabalho poderão contar com integrantes não conselheiros.

VII - O Conselho de Saúde constituirá uma Coordenação Geral ou Mesa Diretora, respeitando a paridade expressa nesta Resolução, eleita em Plenário, inclusive o seu Presidente ou Coordenador.

VIII - As decisões do Conselho de Saúde serão adotadas mediante quórum mínimo da metade mais um de seus integrantes.

IX - Qualquer alteração na organização dos Conselhos de Saúde preservará o que está garantido em Lei, e deve ser proposta pelo próprio conselho e votada em reunião plenária, para ser alterada em seu Regimento Interno e homologada pelo gestor do nível correspondente.

X - A cada três meses deverá constar das pautas e assegurado o pronunciamento do gestor das respectivas esferas de governo, para que faça prestação de contas em relatório detalhado contendo dentre outros, andamento da agenda de saúde pactuada, relatório de gestão, dados sobre o montante e a forma de aplicação dos recursos, as auditorias iniciadas e concluídas no período, bem como a produção e a oferta de serviços na rede assistencial própria contratada ou conveniada, de acordo com o artigo 12 da Lei n.º 8.689/93, destacando-se o grau de congruência com os princípios e diretrizes do SUS.

XI - Os Conselhos de Saúde, desde que com a devida justificativa, buscarão auditorias externas e independentes, sobre as contas e atividades do Gestor do SUS, ouvido o Ministério Público.

XII - O Pleno do Conselho deverá manifestar-se por meio de resoluções, recomendações, moções e outros atos deliberativos. As resoluções serão obrigatoriamente homologadas pelo chefe do poder constituído em cada esfera de governo, em um prazo de 30 (trinta) dias, dando-se-lhes publicidade oficial. Decorrido o prazo mencionado e não sendo homologada a resolução, nem enviada pelo gestor ao Conselho justificativa com proposta de alteração ou rejeição a ser apreciada na reunião seguinte, as entidades que integram o Conselho de Saúde podem buscar a validação das resoluções, recorrendo, quando necessário, ao Ministério Público.

DA COMPETÊNCIA DOS CONSELHOS DE SAÚDE

Quinta Diretriz: Aos Conselhos de Saúde Nacional, Estaduais, Municipais e do Distrito Federal, que têm competências definidas nas leis federais, bem como, em indicações advindas das Conferências de Saúde, compete:

I - Implementar a mobilização e articulação contínuas da sociedade, na defesa dos princípios constitucionais que fundamentam o SUS, para o controle social de Saúde.

II - Elaborar o Regimento Interno do Conselho e outras normas de funcionamento.

III - Discutir, elaborar e aprovar proposta de operacionalização das diretrizes aprovadas pelas Conferências 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 e privado.

V - Definir diretrizes para elaboração dos planos de saúde e sobre eles deliberar, conforme as diversas situações epidemiológicas e a capacidade organizacional dos serviços.

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.

VII - Proceder à revisão periódica dos planos de saúde.

VIII - Deliberar sobre os programas de saúde e aprovar projetos a serem encaminhados ao Poder Legislativo, propor a adoção de critérios definidores de qualidade e resolutividade, atualizando-os em face do processo de incorporação dos avanços científicos e tecnológicos, na área da Saúde.

IX - Estabelecer diretrizes e critérios operacionais relativos à localização e ao tipo de unidades prestadoras de serviços de saúde públicos e privados, no âmbito do SUS, tendo em vista o direito ao acesso universal às ações de promoção, proteção e recuperação da saúde em todos os níveis de complexidade dos serviços, sob a diretriz da hierarquização/regionalização da oferta e demanda de serviços, conforme o princípio da equidade.

X - Avaliar, explicitando os critérios utilizados, a organização e o funcionamento do Sistema Único de Saúde - SUS.

XI - Avaliar e deliberar sobre contratos e convênios, conforme as diretrizes dos Planos de Saúde Nacional, Estaduais, do Distrito Federal e Municipais.

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), observado o princípio do processo de planejamento e orçamentação ascendentes (artigo 36 da Lei nº 8.080/90).

XIII - Propor critérios para programação e execução financeira e orçamentária dos Fundos de Saúde e acompanhar a movimentação e destinação dos recursos.

XIV - Fiscalizar e controlar gastos e deliberar sobre critérios de movimentação de recursos da Saúde, incluindo o Fundo de Saúde e os transferidos e próprios do Município, Estado, Distrito Federal e da União.

XV - Analisar, discutir e aprovar o relatório de gestão, com a prestação de contas e informações financeiras, repassadas em tempo hábil aos conselheiros, acompanhado do devido assessoramento.

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.

XVII - Examinar propostas e denúncias de indícios de irregularidades, responder no seu âmbito a consultas sobre assuntos pertinentes às ações e aos serviços de saúde, bem como apreciar recursos a respeito de deliberações do Conselho, nas suas respectivas instâncias.

XVIII - Estabelecer critérios para a determinação de periodicidade das Conferências de Saúde, propor sua convocação, estruturar a comissão organizadora, submeter o respectivo regimento e programa ao Pleno do Conselho de Saúde correspondente, explicitando deveres e papéis dos conselheiros nas pré-conferências e conferências de saúde.

XIX - Estimular articulação e intercâmbio entre os Conselhos de Saúde e entidades governamentais e privadas, visando à promoção da Saúde.

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).

XXI - Estabelecer ações de informação, educação e comunicação em saúde e divulgar as funções e competências do Conselho de Saúde, seus trabalhos e decisões por todos os meios de comunicação, incluindo informações sobre as agendas, datas e local das reuniões.

XXII - Apoiar e promover a educação para o controle social. Constarão do conteúdo programático os fundamentos teóricos da saúde, a situação epidemiológica, a organização do SUS, a situação real de funcionamento dos serviços do SUS, as atividades e competências do Conselho de Saúde, bem como a Legislação do SUS, suas políticas de saúde, orçamento e financiamento.

XXIII - Aprovar, encaminhar e avaliar a política para os Recursos Humanos do SUS.

XXIV - Acompanhar a implementação das deliberações constantes do relatório das plenárias dos conselhos de saúde. Esta Resolução entra em vigor na data de sua publicação.

Ficam revogadas as Resoluções do CNS de nº 33/1992 e a de nº 319/2002.

HUMBERTO COSTA

Presidente do Conselho Nacional de Saúde Homologo a Resolução CNS Nº 333, de 4 de novembro de 2003, nos termos do Decreto de Delegação de Competência de 12 de novembro de 1991.

HUMBERTO COSTA

Ministro de Estado da Saúde

Livros Grátis

(<http://www.livrosgratis.com.br>)

Milhares de Livros para Download:

[Baixar livros de Administração](#)

[Baixar livros de Agronomia](#)

[Baixar livros de Arquitetura](#)

[Baixar livros de Artes](#)

[Baixar livros de Astronomia](#)

[Baixar livros de Biologia Geral](#)

[Baixar livros de Ciência da Computação](#)

[Baixar livros de Ciência da Informação](#)

[Baixar livros de Ciência Política](#)

[Baixar livros de Ciências da Saúde](#)

[Baixar livros de Comunicação](#)

[Baixar livros do Conselho Nacional de Educação - CNE](#)

[Baixar livros de Defesa civil](#)

[Baixar livros de Direito](#)

[Baixar livros de Direitos humanos](#)

[Baixar livros de Economia](#)

[Baixar livros de Economia Doméstica](#)

[Baixar livros de Educação](#)

[Baixar livros de Educação - Trânsito](#)

[Baixar livros de Educação Física](#)

[Baixar livros de Engenharia Aeroespacial](#)

[Baixar livros de Farmácia](#)

[Baixar livros de Filosofia](#)

[Baixar livros de Física](#)

[Baixar livros de Geociências](#)

[Baixar livros de Geografia](#)

[Baixar livros de História](#)

[Baixar livros de Línguas](#)

[Baixar livros de Literatura](#)
[Baixar livros de Literatura de Cordel](#)
[Baixar livros de Literatura Infantil](#)
[Baixar livros de Matemática](#)
[Baixar livros de Medicina](#)
[Baixar livros de Medicina Veterinária](#)
[Baixar livros de Meio Ambiente](#)
[Baixar livros de Meteorologia](#)
[Baixar Monografias e TCC](#)
[Baixar livros Multidisciplinar](#)
[Baixar livros de Música](#)
[Baixar livros de Psicologia](#)
[Baixar livros de Química](#)
[Baixar livros de Saúde Coletiva](#)
[Baixar livros de Serviço Social](#)
[Baixar livros de Sociologia](#)
[Baixar livros de Teologia](#)
[Baixar livros de Trabalho](#)
[Baixar livros de Turismo](#)