

**PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO
PUC-SP**



PUC-SP
1946-2006

Maria das Dores Marques dos Santos

**Conselhos locais de saúde: controle social de fato ou
apenas de direito?**

Um estudo de caso de Vitória da Conquista – Bahia

MESTRADO EM CIÊNCIAS SOCIAIS

SÃO PAULO

2009

Livros Grátis

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

Milhares de livros grátis para download.

**PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO
PUC-SP**

Maria das Dores Marques dos Santos

**Conselhos locais de saúde: controle social de
fato ou apenas de direito?**

Um estudo de caso de Vitória da Conquista – Bahia

**MESTRADO EM CIÊNCIAS
SOCIAIS
São Paulo - 2009**

Dissertação apresentada à Banca Examinadora da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, como exigência parcial para obtenção do título de MESTRE em **Ciências Sociais – Política**, sob orientação do Prof. Dr. **Luiz Eduardo W. Wanderley**.

BANCA EXAMINADORA

Agradecimentos

Ninguém consegue chegar a lugar algum sem contar com o apoio de inúmeras pessoas, de tanta gente que nem sempre é possível elencar. A caminhada humana é feita de encontros, desencontros, partidas e chegadas, do olhar de frente e do virar de costas. Nela, nesta caminhada, todos nós tivemos o braço e o abraço de alguém. Foram esses braços e esses abraços que me trouxeram até aqui. É lugar comum dizer isso, mas é extensa a lista das pessoas a quem devo agradecimento de forma direta ou indireta à realização desse trabalho. Algumas ficaram no passado para não mais retornar, outras, esquecidas pela lembrança, mas que ocuparam lugar importante em minha história. A terceira categoria longe ou perto está e estará sempre presente:

À memória de meu pai, Alfredo, que na data em que escrevo este agradecimento estaria completando 77 anos de idade.

À minha mãe, Elenir, que na sabedoria dos simples me deu o maior patrimônio que alguém pode legar a outrem: a educação.

À memória de Edith Borges, minha segunda mãe, que me deu afeto especial, poucas vezes recebido na vida.

Ao meu orientador Prof. Dr. Luiz Eduardo Waldemarin Wanderley, que soube me guiar com competência e sempre me dedicou apoio e atenção nos momentos que precisei. Um mestre incansável que de mim obteve um sentimento chamado respeito.

À Prof^a. Dra. Vera Chaia, pelo carinho e compreensão num dos momentos mais difíceis da minha vida.

À Prof^a. Dra. Regina Marsiglia, pelo interesse e apoio acadêmico em muito contribuiu para o resultado dessa dissertação.

À equipe de professores do Núcleo de Estudos Pós-Graduados em Ciências Sociais da PUC de São Paulo, em especial aos professores Miguel Chaia, Edson Passetti e Rinaldo Arruda.

Ao amigo e magnífico reitor da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, Professor Dr. Abel Rebouças São José, cuja visão acadêmica ampliou os horizontes de inúmeros docentes e servidores técnico-administrativos da UESB.

Ao amigo Paulo Roberto Santos, Professor Dr., Chefe de Gabinete da UESB, pelo apoio constante.

Ao amigo e companheiro de curso Nilton Júnior (Zenildo Soares de Souza Júnior) pelo apoio imprescindível e presença constante no decorrer dos estudos e pesquisa desse mestrado.

Ao também companheiro de curso Romildo, da Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação da UESB, incansável na busca de soluções dos inúmeros problemas que tivemos no decorrer desse mestrado.

À Pró-Reitora de Pesquisa e Pós-Graduação da UESB, Prof^a. Cristiane Leal, pela diligência e atenção.

Aos amigos e professores do Curso de Comunicação Social da UESB, Rubens Sampaio e Dirceu Góes, que me apoiaram em toda essa caminhada.

À amiga Carolina Cordeiro, secretária da Reitoria, que sempre esteve pronta à colaborar e dar o apoio necessário à realização deste trabalho.

Aos meus sobrinhos amados: Pedro, Lucas, Vitor e Bruna.

À minha irmã Rejane, que deu as broncas certas nas horas erradas, mas mesmo assim não falhou em nenhum momento.

À minha prima Luzia, de carinho perene e de apoio incansável.

À doutora Cristina Borges, médica por excelência, que foi elemento vital para que eu pudesse concluir meu mestrado.

À Romana e Ciro, amigos da vida inteira, companheiros de toda a vida. Geograficamente distantes, mas tão próximos que os sinto ao meu lado.

À amiga Karla Coêlho que me estendeu a mão no momento certo.

Aos amigos Erick, Micheline, Luciane, Mariana, Gil e Eder, que respeitaram minha vontade e abandonaram as noites ao meu lado para que eu pudesse escrever esta dissertação.

À Menina, companheira leal das minhas horas de escrita, mas que infelizmente não está mais aqui para comemorar o resultado do seu carinho.

Ao Washington, apesar de tudo.

Dedicatória

Dedico o resultado deste trabalho aos meus filhos, Cauê e Carolina, que estiveram ao meu lado em todos os momentos, sofrendo, sorrindo, torcendo e, principalmente, acreditando. A eles, amores da minha vida, o meu eterno agradecimento, porque em todas as páginas dessa dissertação há um pedacinho de cada um dos dois.

Dedico, ainda, a todos e todas que sofrem de depressão, câncer da alma. Esta obra mostra que basta lutar e acreditar para transformar o impossível em real.

Resumo

A partir do processo de descentralização dos serviços de saúde iniciado no país na década passada e com a determinação expressa na Constituição de 1988, surgiu, no bojo do processo de redemocratização brasileiro, uma novidade há muito buscada pelos movimentos sociais: o controle social.

Passados 20 anos da promulgação da Constituição, é possível perceber, no entanto, que, mesmo estando implantado em todas as regiões do país, na totalidade dos estados e em considerável parcela dos municípios, o controle social ainda é um grande desconhecido até para as pessoas com um nível elevado de informação.

Diante desse quadro, ao me propor pesquisar sobre o controle social, tinha, entre outros, a intenção de definir se o controle era pelo menos entendido por aqueles que representam a alma do processo: os conselheiros. Para isso tomei por estudo de caso os Conselhos Locais de Saúde de Vitória da Conquista, na Bahia, implantados há dez anos

Politicamente é possível observar, venham os estudos de caso de São Paulo, ou de um município escondido nas dobras do sertão nordestino, que o controle não vem sendo devidamente aproveitado, havendo – apontam os cientistas sociais - benefícios no processo decisório para grupos organizados, em detrimento de ações que amparem toda a comunidade. Em outros casos existe a utilização político-partidária dos Conselhos. O enorme avanço social que significa o controle da comunidade sobre as políticas públicas pode estar em xeque, e é isso que pretendemos analisar nessa dissertação.

Palavras-chave: Controle social, Conselhos de Saúde, participação popular, democracia.

Abstract

Beginning with the de-centralization process of the health services, initiated in the country on the past decade, and with the express determination on the 1988's Constitution, appeared, under the scope of the brazilian redemocratization process, a piece of news cried for a long time from the social movements: the social control.

Twenty-years after the promulgation of the Constitution, one can see, however, that yet being implanted in all the regions of the country, in the totality of the Brazilian states and in a considerable portion of the counties, the social control still is greatly unknown even among the people who possesses a high level of information.

In face of this, at propose myself to study the social control, I had, among others, the aim of to define if this control were, at least, understood by those who represents the soul of the process: the councillors. Because of this I focused in a case study the Local Councils of Welfare of Vitória da Conquista, in Bahia, stablished ten years ago.

Politically, one can to observe, no matter came the case studies from São Paulo, or from a county hidden in the northwestern semi-arid, that the control is not being properly utilized, having - as pointed by the social scientists - benefits in the decision process for organized groups, in disadvantage of actions that supports all the community. In other cases, there is the political utilization of the councils. The huge social advance that means the control by the community over the public policies can be on check, and it is what we want to analyse in the next pages.

Key-words: Social control; Health Councils, popular participation, democracy.

SUMÁRIO

AGRADECIMENTOS	03
DEDICATÓRIA.....	05
INTRODUÇÃO.....	09
CAPÍTULO I	
A redemocratização do país e a construção de instâncias de participação popular.....	20
1.1 - Descentralização da Saúde e a busca por participação: O Programa Saúde da Família, porta de entrada do sistema e marco democrático para a participação local	38
1.2 - Controle societal e participação popular: A histórica construção das relações de poder no Brasil como entrave para o efetivo funcionamento dos Conselhos.....	48
CAPÍTULO II	
Vitória da Conquista: A descentralização garantindo a continuidade do poder.....	57
2.1- Conselho Municipal de Saúde: exercício democrático ou controle sobre o controle?.....	66
2.2 - Conselhos Locais de Saúde: 10 anos de implantação.....	77
2.2.1 – Começo, fim e recomeço.....	84
2.2.2- Controle Social Local: dificuldade de participação ou descrença na efetividade do Conselho?.....	86
2.2.3- Conselhos Locais: com voz, mas sem ação no Conselho Municipal de Saúde.....	94
CAPÍTULO III	
Controle Social Local em Vitória da Conquista Avanços ou limitações?.....	103
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	122
ANEXOS.....	126
REFERÊNCIAS.....	130
DOCUMENTOS PESQUISADOS.....	135

Introdução

O processo de inclusão popular no que tange à proposição, fiscalização, implementação e manutenção das políticas públicas pode ter a Constituição de 1988 como marco, mas a proposta de participação da sociedade nas definições estatais surge, de fato, na década de 1970, através dos movimentos sociais brasileiros que nasceram em pleno período da ditadura.

No início dos anos de 1980, com o ocaso do governo militar, o que era apenas reivindicação toma formatos mais sólidos e ganha contornos reais, documentais. Na área da saúde um dos primeiros registros nesse sentido pode ser o relatório final da 8ª Conferência Nacional de Saúde. Nele a “gestão centralizada e participativa do SUS” (Sistema Único de Saúde) e o “controle social sobre a produção e consumo dos serviços de saúde” são defendidos. O retorno à democracia apenas começava a se desenhar no horizonte e o Brasil pedia mais, pedia uma democracia inclusiva.

O tema passou a me interessar no final dos anos de 1990. Acompanhando o desdobramento das ações no setor de saúde brasileiro a partir da década passada. Como jornalista, percebi que grande parte dos meus colegas de profissão desconhece maioria das políticas sociais em curso no país. Lidam com informações rápidas, curtas e apenas suficientemente interessantes para poder construir o processo de informação da notícia. Sem a profundidade necessária para o entendimento da agenda social deixam a população sem receber conhecimento crucial sobre seus direitos, e sem conhecimento a manipulação da política fica muito mais fácil. Esta é a dívida social que eu e meus companheiros de ofício temos com a comunidade.

Com a Constituição e com a descentralização da gestão de setores como saúde e educação, passando aos municípios e estados a tarefa de gerir os serviços, chega, também, a inclusão da comunidade dentro do processo de construção, fiscalização e elaboração das políticas públicas. Mas é importante registrar que não estamos lidando com conceitos tão novos assim. A proposta da municipalização, pelo menos em relação à saúde pública brasileira, não é recente. O processo reivindicatório, para que os caminhos políticos da saúde deixassem de estar nas mãos do governo central e passassem aos estados e municípios, foi iniciado na década de 1950 dentro das concepções do chamado *sanitarismo desenvolvimentista*. As teses deste movimento foram aprovadas na 3ª Conferência Nacional de Saúde, em 1963: “A idéia era criar uma rede flexível, que em nível municipal se adequasse à realidade do município e que fosse se tornando mais complexa à medida que o próprio *município* se desenvolvesse”, (Fadul, 1978, p. 67).

No processo de descentralização o governo central fixou regras claras e precisas para que os municípios e estados acompanhassem a política do setor de saúde tal qual pensada pela instância federal. Isto porque com a descentralização cada ente federado atuaria autonomamente, estando livre para construir suas próprias políticas públicas e seguir caminhos não regulamentados pelo governo federal. Por este motivo o governo central precisava criar estratégias para que a agenda de reformas federais, através da criação de programas sociais nacionais, passasse a ser atrativa para estados e municípios. Nesse sentido, emendas à Constituição, Normas Operacionais Básicas, portarias ministeriais e o controle do financiamento foram de fundamental importância.

Foi assim com a saúde, cujo controle social local é objeto de estudo do presente trabalho. Com a autonomia política e fiscal garantida pela Constituição surgiu um paradoxo: por um lado os governos subnacionais tinham a escolha de aderir, ou não, às políticas sociais, por outro, a Constituição determinava a descentralização e também a

universalização da política federal de saúde, o que permitiria que um setor da sociedade antes excluída pudesse ser também beneficiária dos serviços. Atrair os municípios para a agenda nacional significava, para os gestores locais, gerir uma rede complexa de atendimento. Um trabalho para o qual, no promulgar na Constituição, a maioria não estava preparada e sequer possuía mão-de-obra especializada para a implantação e gestão do serviço.

A solução para o impasse federal de descentralizar a gestão, mas manter os municípios atrelados à sua política nacional de saúde, estava na própria Constituição de 1988. Em seu artigo 30º a Carta Magna brasileira dispõe a saúde como competência municipal. No entanto, a prestação desses serviços se dará através da “cooperação técnica e financeira da União e do Estado”, (Constituição Federal, artigo 30º, inciso VII). A chave estava, principalmente, no financiamento.

Assim, sucessivos governos federais, a partir de Fernando Collor, buscaram a adesão dos municípios à política nacional de saúde através da edição de Normas Operacionais Básicas (NOB), criando o ambiente propício à descentralização e conseqüente gestão da política pelos municípios. As NOBs criaram um fenômeno, registrado principalmente na segunda metade da década de 1990, já no governo de Fernando Henrique Cardoso: a adesão em massa dos municípios à gestão em saúde. Quando a Constituição foi promulgada, em 1988, nenhum município estava habilitado a gerir os serviços de saúde. Doze anos depois, em 2000, quase a totalidade dos municípios brasileiros era responsável pela gestão dos serviços em sua esfera de atuação.

A municipalização da gestão dos serviços de saúde foi o elemento central da agenda de reformas do governo federal ao longo da década de 90, e pode-se afirmar que deste ponto de vista a reforma foi um sucesso. (Arretche, 2002, p.12).

Com a descentralização e conseqüente adesão às políticas nacionais de saúde vieram as exigências definidas pelo governo federal - em respeito à Constituição e às leis complementares - cujo cumprimento estava atrelado à liberação do financiamento. Dentre estas exigências a que nos interessa para este trabalho é a que diz respeito ao controle social, através da implantação dos Conselhos gestores de políticas. Paritários, ou seja, compostos por membros do governo, dos usuários, dos trabalhadores em saúde e dos prestadores privados de serviços de saúde, esses Conselhos têm função de formular, monitorar e implementar as políticas públicas brasileiras. Em outras palavras os Conselhos dão à sociedade o poder de decisão que antes estava concentrado exclusivamente nas mãos do Estado.

Atualmente o país possui mais de 28 mil Conselhos gestores de políticas. Os dados são da pesquisadora do Cebrap Vera Schattan Coelho, (2007). Formados ao longo da década de 1990 e no decorrer dos anos 2000, esses Conselhos atuam em áreas como meio ambiente, infância e adolescência, educação e saúde. Estão em todos os níveis de governo, do federal ao municipal, passando pelos governos estaduais.

A proposta desta dissertação é discutir a efetiva participação dos Conselhos na formulação dessas políticas. Apresentaremos o estudo de caso dos Conselhos locais de saúde, ou Conselhos Locais de Unidades de Saúde, do município de Vitória da Conquista.

Situada no sudoeste da Bahia, Vitória da Conquista foi, no início dos anos 2000, considerada referência nacional em saúde pública, tendo recebido prêmios nacionais e internacionais pela excelência dos serviços prestados à população. Isso há quase uma década, quando o município assumiu a gestão plena da saúde, dentro do processo de descentralização preconizado pelo SUS e pela Constituição Brasileira.

A hipótese, que este trabalho se propõe a examinar, é se os Conselhos locais de saúde, no município em questão, existem para

garantir apenas virtualmente a proposta de controle social prevista no SUS; sem que efetivamente exerçam ação propositiva no sentido de ajudar a construir a política pública de saúde municipal e de manter real controle social sobre o sistema. Em outras palavras, se a existência desses Conselhos Locais se limita às determinações municipais, ou se efetivamente se dedicam à tarefa a eles atribuída, exercitando o controle social.

É preciso estabelecer logo de pronto a diferença - não de funcionamento, mas de implantação - entre os Conselhos locais e instâncias como os Conselhos municipais, estaduais e federal. Esses últimos são formados por exigência constitucional. Os repasses para o setor de saúde só ocorrem quando o controle social está em funcionamento através dos Conselhos e das Conferências municipais e estaduais de saúde. Já os Conselhos Locais não são obrigatórios, mas apenas recomendados pelo Conselho Nacional de Saúde. Dessa forma sua criação e funcionamento se darão apenas por decisão da instância municipal, sejam os gestores ou o próprio Conselho Municipal de Saúde.

Os conselhos locais de saúde (CLS) têm funções similares e foram criados nas maiores cidades brasileiras (...). Apresentam funções similares às do Conselho Municipal de Saúde, contudo não têm poder de veto por não dispor de mandato constitucional para tanto. (Coelho, 2007, p. 07)

No entanto, ao garantir à população, através da criação dos Conselhos locais, o direito de participar das decisões políticas e administrativas, o Município teria de se comprometer, mesmo que apenas em nível ético, a acatar as discussões vindas dos Conselhos. Os estudos apontam que o que vem ocorrendo não é exatamente isso. A construção de Conselhos locais muitas vezes ocorre apenas para corroborar o discurso da participação societal preparado por determinados governos. Alguns casos mostram que na prática eles existem apenas para dar ares democráticos às administrações.

Quanto aos conselhos de saúde, a maioria não conseguiu cumprir a função de atuar na 'formulação de estratégias de controle da execução da política de saúde na instância correspondente'. Esta foi essencialmente uma função dos secretários municipais e estaduais de Saúde. (Stotz, 2006, p. 153).

A citação de Stotz é amparada por estudos a exemplo do de Heleny Machado (1999), verificou ao pesquisar um conselho com "ampla participação popular e militância política de esquerda": os debates eram fruto dos encaminhamentos do secretário, e que "associações de moradores e outras organizações populares" praticamente não tinham nenhuma expressão se comparados a "organizações beneficiárias de políticas específicas (movimento das mulheres, de portadores de deficiência)", (Machado, 1999, *in* Stotz, 2006, p. 154).

Duas problemáticas foram levantadas a partir do início da coleta de dados para este trabalho:

Primeiro, o controle social proposto pela Constituição de 1988 é utilizado hoje como repartição de poder ou como responsabilização? Ou seja, se os poderes constituídos estão, em Vitória da Conquista, efetivamente permitindo que através do controle social a população participe das decisões sobre a saúde local, ou se os gestores, como demonstrou Stotz na citação acima, administram todas as instâncias decisórias e deixam à população apenas com a carga de se sentir co-responsável pelas políticas implantadas?

Segundo, se o controle social é manipulado por partidos políticos ou esferas de poder no sentido de apenas serem instâncias de apoio a decisões tomadas verticalmente. Em síntese, se os gestores do município buscam controlar o controle.

Colocadas as problemáticas, alguns objetivos passaram a ser perseguidos pelo presente trabalho. O objetivo principal pretende verificar

o grau de importância dos Conselhos locais de saúde no processo de construção da política de saúde do município. Além deste, quatro outros objetivos secundários se apresentaram como pertinentes durante a elaboração do projeto de pesquisa. São eles:

1. Definir a dinâmica da capacitação dos conselheiros locais de saúde.
2. Verificar o tratamento dado pelo Conselho Municipal de Saúde às propostas encaminhadas pelos conselhos locais.
3. Definir a inserção política partidária dos conselheiros locais.
4. Identificar se a população usuária sabe da existência dos conselhos, conhece seu funcionamento e se efetivamente participa de ações junto aos conselhos locais.

A dissertação será dividida em introdução, três capítulos e considerações finais.

No primeiro capítulo serão apresentados os processos histórico, político e social que possibilitaram que a participação popular direta entrasse na agenda e passasse a fazer parte da rotina dos brasileiros, mesmo daqueles que dela não têm informação. Afinal, em conselhos bem estruturados e independentes, decisões são tomadas para a construção de políticas públicas e sua decorrente fiscalização por parcela da sociedade. Neste capítulo também veremos parte do conhecimento construído a partir da inclusão do controle societal nas diversas esferas de governo. São experiências díspares, mas que trazem em comum o traço de que - apontam os estudos - a participação popular não tem sido tão independente ou respeitada como pensaram seus idealizadores, sejam eles os constituintes ou os técnicos nacionais.

No segundo capítulo iremos conhecer o município de Vitória da Conquista, onde foi realizada a pesquisa sobre os conselhos locais de saúde. Iremos ver o processo de construção da política de saúde local, descentralizada no final da década passada, e de seu conseqüente controle social. Vale ressaltar que Vitória da Conquista foi considerado referência nacional em saúde pública menos de dois anos após a implantação da gestão plena municipal. O volume de serviços oferecidos e a redução de índices, como o de mortalidade infantil, foram decisivos para a obtenção do reconhecimento até mesmo pelo Ministério da Saúde, à época comandado pelo PSDB, partido de oposição ao PT, legenda dos gestores da cidade desde 1996.

No terceiro e último capítulo iremos apresentar os resultados das entrevistas feitas junto aos conselheiros locais. Em cada unidade pesquisada foram definidos, aleatoriamente, dois conselheiros: um representante dos usuários e um representante da equipe de Saúde da Família. Usuários não ligados aos conselhos também foram ouvidos. A intenção era conferir o grau de conhecimento que a comunidade tem de seu controle social.

O presente trabalho se estrutura através da pesquisa bibliográfica e da captura de dados primários e secundários. A bibliografia se constituiu num problema adicional, porque, apesar do controle social ser amplamente estudado por cientistas brasileiros, os Conselhos locais ocupam mínimo espaço nestes estudos. Referências aos Conselhos federal, estaduais e municipais são constantes, mas a produção de conhecimento dos conselhos locais é bem menos abundante. Alguns autores serviram de norte para este trabalho, é o caso de Vera Schattan Coelho, Rachel Raichelis, Maria do Carmo Carvalho, Evelina Dagnino, Luiz Eduardo Wanderley, Pedro Jacobi, Vera Chaia, Silvana Tótora e Eduardo Navarro Stotz. Muito da bibliografia coletada vem de artigos veiculados em revistas científicas, cujas publicações caminham paralelamente aos acontecimentos da atualidade.

Na coleta de dados secundários buscou-se, principalmente, a Secretaria Municipal de Saúde de Vitória da Conquista como fonte de informação. Para isso foi necessária a autorização por escrito da secretária de Saúde, sem a qual não haveria acesso a nenhum dos documentos públicos. Atas do Conselho Municipal de Saúde do período de janeiro a dezembro de 2007, regimentos e decretos foram analisados.

Estranhamente os responsáveis pela entrega dos documentos desconheciam a existência de documento legal que dispunha sobre a formação dos Conselhos locais de unidades de saúde. O surgimento dessas instâncias parecia ser uma incógnita até para os gestores. Dado importante que causa maior estranhamento sobre a desinformação em relação à constituição dos Conselhos locais é que todas as gestões - desde a descentralização da saúde e implantação dos conselhos, até os dias atuais - foram do PT, Partido dos Trabalhadores. Boa parte do corpo dirigente da Secretaria de Saúde está no poder desde 1997, havendo apenas algumas mudanças pontuais no comando. A única pessoa a ter tal informação era a primeira coordenadora do controle social, Stael Gusmão, que já não se encontrava na Secretaria e nem mesmo morava mais em Vitória da Conquista.

Na coleta de dados primários optou-se por entrevistas semi-estruturadas com os conselheiros locais, gestores municipais e usuários. Nas entrevistas semi-estruturadas as perguntas são abertas, no entanto, algumas, principalmente às formuladas aos usuários podem ser consideradas fechadas, dando margem apenas a respostas como sim ou não. Mesmo assim, no caso de resposta positiva, que dava margem ao usuário de ir além da questão perguntada, o entrevistador se encarregava de questionar um pouco mais. O objetivo era efetivamente definir até onde chegava o conhecimento dos usuários sobre o assunto em pauta.

As entrevistas com os conselheiros foram feitas na própria unidade de saúde e, em alguns casos, na residência deles. Foram ouvidos representantes de seis Conselhos locais, sendo dois na zona rural do município. Em cada unidade eram entrevistados um conselheiro usuário e um conselheiro da equipe, além de três usuários do sistema. O objetivo de tais entrevistas é ilustrar a argumentação teórica, como bem coloca Pedro Demo (2000), sem cair no abuso de depoimentos excessivos.

Para garantir um depoimento sem maiores maquiagens, as entrevistas eram marcadas no máximo com 24 horas de antecedência. A pesquisadora queria garantir o fator surpresa para ter depoimentos bem mais próximos da verdade. O assunto não era discutido antes da entrevista, apenas o objeto de estudo era apresentado. Apesar disso, em muitos casos notou-se a tentativa dos conselheiros, tanto usuários, quanto da equipe; de responder afirmativamente sobre várias questões para, em seguida a novo questionamento, demonstrar total desconhecimento do fato perguntado. Entende-se, com tal posicionamento, de que havia a preocupação dos conselheiros em não se declararem desconhecedores de determinados assuntos.

Em pelo menos um momento o fator “ano eleitoral” trouxe constrangimentos à pesquisadora. Numa das unidades de saúde a conselheira da equipe só aceitava conceder a entrevista com autorização escrita da secretária. Como tal declaração havia sido entregue a membros da própria Secretaria para obtenção dos documentos oficiais foi argumentado pela pesquisadora que bastaria à funcionária fazer contato com a Secretaria de Saúde para saber que a pesquisa havia sido autorizada. Entrevista feita, um dia depois a pesquisadora foi procurada para assinar documento se comprometendo a não usar os dados coletados em rádio, televisão, jornal ou internet. A assinatura do documento se deu em plena via pública, já que a funcionária entrevistada, muito assustada e preocupada em perder seu emprego, marcou encontro numa movimentada rua de Vitória da Conquista. A entrevista com a

Secretária de Saúde, insistentemente procurada pela pesquisadora, não aconteceu. Exigências burocráticas feitas de última hora foram argumento que impediram que o encontro ocorresse. Apesar disso, os dados coletados deram conta de desenhar os contornos do controle social local existente em Vitória da Conquista

O que se espera é que as páginas a seguir contribuam para o pensamento social-científico no que tange à concretização de um controle social efetivamente atuante. Vindo de um município do interior do nordeste brasileiro, encravado em pleno polígono da seca¹, pode ser contribuição importante porque são nesses locais - muitas vezes esquecidos pelo Brasil e pelos cientistas sociais - que se têm as maiores tentativas de manipulação das leis, ou os maiores exemplos de respeito à cidadania e de construção de alternativas inteligentes para garantir qualidade de vida para a população.

¹ Grande área territorial do Nordeste brasileiro, de clima semi-árido, com baixa concentração pluvial ao ano.

Capítulo I

A redemocratização do país e a construção de instâncias de participação popular

*Todo o poder emana do povo, que o exerce por meio de representantes eleitos **ou diretamente** nos termos desta Constituição. (Grifo nosso).*

Constituição da República Federativa do Brasil, artigo 1º

Com a Constituição de 1988 no Brasil, criaram-se canais de construção de uma democracia direta e participativa. Até então vivíamos uma democracia representativa onde os brasileiros tinham apenas direito ao voto e eram representados, exclusivamente, por deputados e por senadores eleitos - ou senadores indicados pelo governo central, os biônicos, como aconteceu durante o regime militar. O capítulo IV da Carta Magna, que fala dos direitos políticos, garante a ampliação da participação popular, anteriormente limitada ao voto, acrescentando agora o plebiscito, o referendo e a iniciativa popular como formas legítimas de manifestação dos cidadãos brasileiros.

Mais do que referendar, decidir e votar o brasileiro passa a ter o direito de interferir, opinar e participar da gestão e acompanhamento de políticas públicas. Não é só isso: interferência, participação e opinião não se limitam à esfera administrativa, mas estão garantidas nos três poderes. Em relação ao Legislativo esse grande avanço pode ser observado no artigo 61 da Constituição:

A iniciativa das leis complementares e ordinárias cabe a qualquer membro ou Comissão da Câmara dos Deputados, do Senado Federal ou do Congresso Nacional, ao Presidente da República, ao Supremo Tribunal Federal, aos Tribunais Superiores, ao Procurador-Geral da República e aos cidadãos, na forma e nos casos previstos nesta Constituição. (Constituição Federal, artigo 61)

Apresentar projeto de lei deixa, a partir desse momento, de ser direito exclusivo da elite política e judiciária do país. Com a subscrição de pelo menos um por cento do eleitorado nacional representante, no mínimo, de cinco estados brasileiros, a população pode exercer diretamente o direito de representar a si própria no Congresso Nacional. Na esteira desses avanços outros se sucedem. Ainda no Legislativo é possível ao cidadão, por exemplo, participar de discussões sobre um projeto de lei e fazer a defesa de projeto de iniciativa popular. No Judiciário a Ação Popular, o Mandado de Segurança Coletivo e a Ação Civil Pública, entre outros instrumentos, permitem a intervenção da população. Já no Executivo, na esfera municipal - que especificamente nos interessa na presente dissertação - é possível fiscalizar anualmente as contas, pedir a intervenção no município, representar contra atos de improbidade administrativa e, tendo a assinatura de 5% dos eleitores do município, fazer consulta popular sobre medidas administrativas.

A Constituição, no entanto, não conseguiu dar a amplitude pretendida pelos movimentos populares que, na década de 1980, como veremos adiante, se uniam em torno da questão da participação da sociedade. Prova disso que a interferência mais direta dos cidadãos é garantida por leis complementares à Constituição. Foram elas que definiram pela formação de Conselhos Gestores de Políticas Públicas para garantir o controle social através da participação da sociedade na gestão e fiscalização das políticas públicas.

De acordo com o significado etimológico, a palavra participar é entendida como “fazer, ter ou tomar parte em”. No entanto, alguns autores

têm apresentados sentidos e significados diferentes para o verbo, a exemplo de Gohn (2001)² e Ammann(1998)³.

Ficaremos, porém, com o entendimento de Simionatto e Nogueira (2001) que vinculam participação como estratégia no processo de descentralização do poder e no desenvolvimento comunitário, o que aproxima as comunidades das instituições. Nesse sentido, a participação permite que a sociedade civil possa fiscalizar e controlar os serviços públicos aos quais tem direito.

Diante desse novo significado explicitado pelas Ciências Sociais é possível inferir a íntima ligação existente entre controle social e participação. Sem participação é impossível existir o controle. O processo participativo exige conhecimento das questões burocráticas institucionais ou de uma determinada política pública; caso contrário o que se tem é um grupo de pessoas que simplesmente corroboram decisões dos altos escalões governamentais, aceitando, sem questionar, as imposições políticas dos controladores do poder público, tal qual se dava no período anterior ao processo de redemocratização da sociedade brasileira.

Deste modo, a mera composição de conselhos não é suficiente para garantir o controle, que só será realmente exercido quando a participação social for integralmente inserida no contexto, estimulando a comunidade e garantindo processos educativos que dêem conta das demandas de conhecimento necessárias ao pleno exercício do controle.

Em relação ao controle social, é importante salientar que controle social é um conceito das Ciências Sociais, “elaborado por Emile Durkheim

² GOHN, Maria da Glória. **Conselhos gestores e participação sócio-política**. A autora entende que a participação da comunidade nas políticas públicas “conduz ao entendimento do processo de democratização da sociedade brasileira”.

³ AMMANN, Safira Bezerra. **Participação Social**. Para a autora, com vistas ao controle social participação “é o processo mediante o qual as diversas camadas sociais tomam parte na produção, na gestão e no usufruto dos bens de uma sociedade historicamente determinada”.

com vistas a entender o problema da ordem e da integração social”, (Stotz, 2006), e que, originalmente não se refere à participação popular nas decisões políticas. Trata-se, na realidade, de conceito que relata a questão da manutenção da ordem, através de sanções, por exemplo, para manter comportamentos e normas dentro dos valores definidos por dada sociedade. É um controle dos indivíduos pelo sistema, e não o controle do sistema pelos indivíduos.

Mas o conceito pode ter significados menos limitados, como definiu Wanderley:

Em termos amplos, o controle social pode ser visualizado como controle do homem sobre a natureza ou de homens sobre homens, o que envolve noções de poder, dominação, direito, fiscalização, representação, entre outras. (Wanderley, 1993, p.17)

Para Stotz, (2006), o conceito de controle social foi apropriado por “outras tradições teóricas, a exemplo do pensamento social marxista”. Nessa acepção, ele serviria para integrar socialmente e teria uma orientação voltada para o processo de reprodução social, atendendo, com essa reprodução, os interesses das classes dominantes, implantando políticas sociais como forma de minimizar conflitos.

Essa compreensão foi compartilhada pelos pensadores do campo de Saúde coletiva que o incorporaram na perspectiva da teoria crítica, fundamentada no materialismo histórico de Marx e Engels. Na obra “Prevenir e curar: o controle social através dos serviços de saúde”, Campos, Oliveira e Singer, (1988), assumem tal perspectiva. (Stotz, 2006, p.150).

De acordo com esses autores, os serviços de saúde controlam a sociedade permitindo a reprodução dos interesses dominantes. Isto é possível porque os serviços de saúde são capazes de “exercer atividades de controle sobre o indivíduo”, (Stotz, 2006). São eles que determinam a

sanidade mental ou não de uma pessoa; tendo o poder de retirá-la da sociedade em que vive. São eles, os serviços de saúde, que ditam as regras dos comportamentos considerados saudáveis e os reproduzem dentro da comunidade. São eles que definem a “saúde como estado normal e a doença, como patológico”. São eles que detectam o que afirmam serem desvios de conduta. Dessa forma, “produzem condições materiais e psicológicas indispensáveis ao desenrolar da vida política, social e econômica em determinados moldes”, (Campos; Oliveira e Singer, 1988, p.37).

Mas o controle social, dentro desta concepção, não se limita aos serviços de saúde. Ele está presente em todo o aparato estatal e também na sociedade civil, regendo normas e comportamentos.

As instituições estatais implementadoras de políticas e de programas sociais e a maioria das organizações da sociedade civil, inclusive as instâncias participativas, fariam parte destes mecanismos de controle social em busca do consenso em torno da reprodução do capital (Correia; 2001b).

De acordo com o pensamento gramsciano o controle social tem concepção inversa. Seria o “controle da sociedade sobre as ações do Estado”, (*in* Correia, 2002). Nesta perspectiva o conceito de “Estado Ampliado” dá à sociedade a possibilidade de interferir nas ações do Estado de modo a atender os interesses das classes subalternas. O “Estado Ampliado” representa as classes dominantes, mas reflete e assume as demandas das classes subalternas.

No Brasil a transposição do conceito de controle social como forma de participação da sociedade foi definida a partir da 9ª Conferência Nacional de Saúde, em 1992:

A prática do controle social sob políticas e atividades envolvidas com a Seguridade Social e promoção da qualidade de vida da população é um componente intrínseco da democratização da sociedade e do exercício da cidadania. (9ª Conferência Nacional de Saúde, 1992, p. 33)

Esta reformulação do conceito passando do controle do indivíduo para o de participação popular ganhou forma nas ciências sociais, deixando o conceito de controle social como regulador da ordem em outro plano; ultrapassado pela nova concepção, o que se tornou fonte de estudos para inúmeros cientistas brasileiros porque viabilizam “a participação da sociedade civil organizada”, (Raichelis, 1998), que passa a controlar, fiscalizar, decidir, enfim, interferir nas políticas sociais.

A lógica do controle social é a de que quem paga indiretamente, por meio de impostos, os serviços públicos é a própria população, portanto, esta deve decidir onde e como os recursos públicos devem ser gastos, para que tais serviços tenham maior qualidade e atendam aos interesses coletivos, não ficando a mercê de grupos clientelistas e privatistas. (Correia,2000, *in* Correia, 2002, p.06)

Os Conselhos gestores são o formato mais direto de controle social. Possuindo caráter consultivo e deliberativo esses Conselhos atuam em áreas com as da infância e adolescência (Conselho Tutelar), da saúde e da educação. Devem ser constituídos nas três esferas de governo: federal, estadual e municipal. Além disso, terão que ser obrigatoriamente paritários, com representantes do governo, da iniciativa privada, dos trabalhadores e da população, através da sociedade civil organizada.

A partir de análise de Paoli e Telles (2000) foi diagnosticado que a exigência de participação popular impressa na Carta Magna do País tinha por objetivo “conciliar democracia e cidadania”. Efetivamente este poderia ser o objetivo, mas toda esta participação popular não surge ao acaso ou exclusivamente pelo condão constitucional, e, como já foi dito, estava aquém das expectativas e das reivindicações dos movimentos

sociais. A Constituição apenas confirmou o que já havia se consolidado no seio da sociedade civil organizada. Essa legitimação da participação popular é, na realidade, fruto do processo de redemocratização da sociedade brasileira e descentralização de poder, iniciado na década de 1980 e que recebeu continuidade nos anos de 1990.

(...) processo de descentralização política e fiscal da federação brasileira emerge nos primeiros governos estaduais eleitos democraticamente na década de 1980. Esses governos reivindicavam o fim da centralização fiscal na União e da tutela federal sobre a gestão das políticas sociais. (Chaia; Tótorá, 2002, p. 68)

Nesse período a temática da participação foi colocada no centro do debate político, onde o que estava em questão era “a construção de novas relações entre sociedade civil e poder público” (SILVA, WANDERLEY, PAZ, 2006, p.29). O objetivo final era a redemocratização brasileira após duas décadas de ditadura militar e de uma existência inteira de autoritarismo e centralização do poder, característicos da forma de se fazer política no Brasil desde antes do Império.

Nos anos de 1980 e 1990 começaram a ser construídos, no seio da sociedade, nas mais diversas regiões do país, movimentos que permitiram a construção de esferas públicas, dando espaço a setores plurais de ação e de negociação em oposição à tradição histórica brasileira de manter uma cultura política em simbiose entre o público e o privado. No Brasil, até então, a gestão pública poucas vezes tinha sido experimentada. Inexistiam regras neste sentido, o que impedia a construção de um diálogo político com poder de decisão. A forma dominante de participação existente era, como já dissemos, através do voto que garantia a representação parlamentar.

Se a centralização do poder e o autoritarismo determinaram a limitação da participação política, a redemocratização do regime permitiu que a participação entrasse na agenda e no debate político. O grande

motor para que isso acontecesse foram: os movimentos sociais que surgiram nas décadas de 1970 e de 1980, a exemplo do Movimento Popular de Saúde, formado por participantes dos movimentos e organizações populares; e o Movimento da Reforma Sanitária, formado por profissionais de saúde, que tiveram amplos reflexos em todo o Brasil: “Os atores sociais que emergiram na sociedade civil após 70, à revelia do Estado, criaram novos espaços e formas de participação e relacionamento com o poder público”. (Jacobi, 2000, p. 17).

No processo de luta pela descentralização do poder deve-se, ainda, destacar a atuação da Frente Municipalista Nacional, criada em 1983 e que “lutou por municípios fortes e autônomos, para constituir, assim, a base de uma nação soberana, livre e desenvolvida em termos econômicos”. (Chaia; Tótor, 2002, p 69).

Com esses movimentos e o surgimento dos novos atores sociais na cena pública foi possível que, já na década de 1980, a temática da cidadania passasse a fazer parte da discussão política.

As grandes mobilizações sindicais, a exemplo do ABC paulista, também foram de extrema importância nesse processo, bem como para a história política brasileira, originando as duas maiores centrais sindicais do país: CUT, Central Única dos Trabalhadores, e Força Sindical. O renascimento de um movimento sindical combativo não foi apenas a construção de um intenso embate entre sindicalistas, sindicalizados e empresários, mas também fonte de inspiração para o surgimento de um novo partido político no Brasil. Um partido que surgiu dentro da classe operária, que atraiu intelectuais e que, por tudo isso, estava distante das oligarquias, em oposição à classe dominante e bem mais próximo, à época, da população: o Partido dos Trabalhadores.

Com toda essa movimentação social e política a cidadania ganha um significado mais amplo e não se limita apenas ao conceito de

cidadania regulada, concebido à década de 1930 e restrito aos inseridos no mercado de trabalho.

Por *cidadania regulada* entendo o conceito de cidadania cujas raízes encontram-se, não em um código de valores políticos, mas em um sistema de estratificação ocupacional, e que, ademais, tal sistema de estratificação ocupacional é definido por norma legal. (Santos, 1979, p. 74)

Para Carvalho, (2002), os fatores políticos limitam a cidadania, já que a associam com a ocupação dos cidadãos. O autor acredita que foi essa associação que permitiu a formação dos conceitos de mercado de trabalho informal e marginalidade. Além disso, os que estavam fora do mercado, como os trabalhadores autônomos, não tinham direito às políticas sociais, já que os benefícios eram restritos ao sistema previdenciário de então, diretamente ligado aos trabalhadores com ocupação formal.

Mas na década de 1980 o conceito de cidadania regulada é ultrapassado pelos movimentos sociais. Várias correntes políticas e ideológicas aderem ao novo discurso cidadão e surgem os setores sociais que incorporam quem sempre esteve à margem ou era excluído de direitos fundamentais. Surge a cultura da reivindicação. Não basta ter direito, é preciso ter “direito a ter direitos”. Um discurso que passou a ser incorporado às diversas lutas sociais e que ganhou imensa visibilidade.

No Brasil da década de 1980 a cidadania deixa de ser uma simples palavra e passa realmente à ação. Grupos de cidadãos começam a participar ativamente da vida política, a construir espaços públicos de discussão, a tomar decisões coletivas. Surge a possibilidade real de lutar pela participação direta. E esta possibilidade, embalada e colocada em prática pelos movimentos sociais, teve profundos reflexos na elaboração da Constituição de 1998. Aliás, a convocação da assembléia para elaborar a Constituição surgiu a partir de uma luta política capitaneada pelos movimentos sociais: a campanha Pró-Constituinte.

A participação dos setores populares, através da sociedade civil organizada, no processo de elaboração da Constituição trouxe resultados positivos para a redemocratização e representa um marco histórico que buscou contestar o autoritarismo e as oligarquias. O que se viu foi uma reestruturação da relação Estado-sociedade, imprimindo na participação social uma força ainda desconhecida para a maioria dos brasileiros. A democracia representativa foi mantida, mas o processo participativo da sociedade ganhou força e chegou às outras esferas de poder, como determinado pela Constituição Federal. Estados de todo o país começaram a elaborar suas próprias constituições, e os municípios a elaborarem suas leis orgânicas. Na maioria dos casos, a Constituição Federal foi espelho para a elaboração desses documentos por estados e municípios.

Assim, nos anos 1990 o discurso da participação deixa de ser exclusivo dos movimentos sociais e passa a ser incorporado pelos governos. É nesse período que surge, por exemplo, o Orçamento Participativo, idealizado e colocado em prática pelo Partido dos Trabalhadores no Rio Grande do Sul, e copiado em maior ou menor escala em vários municípios do país ao longo da citada década. O próprio Banco Mundial assume a estratégia da participação em relatório elaborado em 1997: “Os governos são mais eficientes quando escutam os cidadãos e trabalham em parceria com eles nas decisões e implementações das políticas.” (Banco Mundial, 1997, p.11).

São discursos similares, mas os objetivos dos movimentos sociais e dos governos, na esteira do neoliberalismo que surge no Brasil na década de 1990, e até mesmo do próprio Banco Mundial, são divergentes. A população quer participação para ampliar o processo democrático, para discutir, fiscalizar e interferir na utilização dos recursos e elaboração das políticas públicas e para imprimir realidade ao conceito de democracia. Já os governos e o Banco Mundial não pensam em repartição de poder, mas sim em responsabilização de ações do Estado

para a sociedade civil. Em outras palavras, o cidadão em vez de ser co-participante passa a ser co-responsabilizado por falhas do sistema, mesmo que não tenha, originalmente, trabalhado na construção de tal e qual sistema. Mas o que os movimentos sociais queriam era a perspectiva real de um processo de emancipação política, como bem descrito por Demo:

O processo emancipatório constitui um fenômeno profundo e complexo, de teor tipicamente político, e que supõe, concretamente, a formação de um tipo de competência, ou seja, de saber fazer-se sujeito histórico capaz de dizer NÃO. Não à condição de massa de manobra. Não à manipulação imposta pelas elites. Não aos governos clientelistas e corruptos. Não ao Estado tutelar e assistencialista e não à pobreza política e material. (Demo, 1995, p. 133)

Além disso, o processo de descentralização política, confirmado pela Constituição, ocorre dentro de um processo de crise fiscal vivido pelo país. Era preciso que o Governo Central se desfizesse de encargos e os transferisse para estados e municípios, assim, “a descentralização no Brasil é produto de um Estado em crise, associada a vontades democratizantes.” (Chaia; Tótorá, 2002, p. 70)

A participação popular direta - através do controle social - garantida pela formação dos conselhos societais está embutida, principalmente, no processo de descentralização do poder, incluindo o do setor da saúde, que foi um dos primeiros a repassar parcela considerável da administração da área para os governos estaduais e municipais. Tudo dentro de um rigoroso controle que exige o cumprimento severo das normas pré-estabelecidas inicialmente pela Constituição, para depois serem definidas, também, por leis complementares. Nesta dissertação nos interessa especificamente o capítulo referente à saúde, cujo controle social local é alvo de estudo do presente trabalho, e nesse sentido o artigo 198º da Constituição do Brasil deixa claro que:

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. (Constituição Federal, 1988, artigo 198º)

No tocante à Constituição da Bahia, - estado onde se situa o município de Vitória da Conquista - foram seguidos os padrões da Constituição Federal no que tange à participação popular, a exemplo das demais constituições estaduais. A Constituição baiana define em seu artigo 235º, inciso V: “Participação, em nível de decisão, de entidades representativas, na formulação, gestão e controle das políticas e ações de saúde na esfera estadual, municipal ou local, de acordo com esta Constituição.” Em seguida, no artigo 236, especifica quais são essas entidades e onde elas irão atuar:

O Conselho Estadual de Saúde, órgão deliberativo e fiscalizador, contará, em sua composição, com representação de:

- I – Gestores do sistema;
- II- Sindicatos dos trabalhadores;
- III – Associações comunitárias;
- IV – Entidades representativas das classes empregadoras;
- V – Entidades representativas dos profissionais de saúde. (Constituição do Estado da Bahia)

De acordo com Max Weber, uma das formas possíveis de garantir o funcionamento da democracia seria o “princípio de áreas de jurisdição fixas e oficiais, ordenadas de acordo com regulamentos, ou seja, por leis ou normas administrativas”, (Weber, 1971, p. 229). Assim, a União utilizou-se de várias normas, leis, decretos, portarias e emendas

constitucionais para fazer valer o princípio da participação popular e do controle social no setor da saúde.

A partir da própria Constituição Federal, lei primeira do país; das constituições estaduais e das leis orgânicas municipais foi se desenhando os contornos da participação popular. Os movimentos populares e de classe foram decisivos para que isso acontecesse e, em alguns casos, fonte de inspiração. Um exemplo dessa participação da sociedade na elaboração de leis que estimulavam a participação é o capítulo sobre saúde da Constituição Federal. Para que ele fosse elaborado os constituintes tomaram por base o relatório final da 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada no ano de 1986.

Mas não foram apenas as constituições estaduais e federal ou as leis orgânicas que imprimiram uma nova fase na maneira de se fazer, gerir e fiscalizar as políticas sociais do país. Leis complementares ampliariam a noção de participação popular explicitando como se daria esta participação e de que forma ela atuaria. A mais importante, nessa direção, foi Lei 8.142, de 28 de dezembro de 1990, que dispõe sobre a participação comunitária no Sistema Único de Saúde, SUS. Em seu artigo 1º institui como instâncias colegiadas do SUS, em cada esfera de governo, as Conferências de Saúde e os Conselhos de Saúde. Entende-se por Sistema Único de Saúde o conjunto de ações e serviços de saúde prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais das administrações direta e indireta, além das fundações de saúde mantidas pelo Poder Público e das empresas privadas conveniadas ao sistema.

A Lei 8.142 também define as funções específicas de cada instância, conforme explicitados nos parágrafos 1º e 2º do artigo 1º:

A Conferência de Saúde reunir-se-á a cada quatro anos com representação dos vários segmentos sociais, para avaliar a situação de saúde e propor

diretrizes para a formulação da política de saúde nos níveis correspondentes, convocada pelo Poder Executivo ou por esta ou pelo Conselho de Saúde. (Lei 8.241, artigo 1º, parágrafo 1º)

E ainda,

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 de governo. (Lei 8.241, artigo 1º, parágrafo 2º)

Desta forma, enquanto a Conferência de Saúde foi instituída para refletir os momentos passados, atuais e futuros da saúde em cada esfera de governo, traçando diretrizes de organização e melhoria da política de saúde; o Conselho de Saúde surgiu com o objetivo de fiscalizar, formular, controlar e indicar os caminhos que devem ser traçados pela instância governamental ao qual está inserido. São, portanto, complementares, mas díspares no que tange suas funções. Outra diferença é o fato das Conferências poderem contar com membros dos poderes Legislativo e Judiciário, enquanto representantes da sociedade e de um segmento político.

Essa participação, no entanto, não é permitida nos Conselhos, que são instâncias de caráter consultivo e deliberativo, mas, também, órgãos pertencentes ao Poder Executivo. Dessa forma, em respeito ao artigo 2º da Constituição, que prevê autonomia e independência entre os poderes, membros do Judiciário e do Legislativo têm a participação vetada na composição dos Conselhos.

Em relação à participação, as Conferências, em qualquer nível de governo, reúnem representantes da sociedade - os usuários do SUS -, do governo, dos profissionais de saúde, dos prestadores de serviços, parlamentares, e de associações de classe, para “avaliar a situação da

saúde e propor as diretrizes para a formulação da política de saúde”, nos municípios, nos estados e no país.

Na prática, no entanto, as Conferências não têm se mostrado instrumento real de mobilização da sociedade. Isto porque boa parte da população não foi corretamente esclarecida sobre sua importância e significado. Mais: a maioria da comunidade desconhece a existência de Conferências sejam em que níveis forem, e, para completar, quando da organização dos encontros a parcela da população que conhece a existência das Conferências raramente tem entendimento do que está acontecendo ou o que ela representa. Na maioria das cidades e estados do país, onde são organizadas, elas mantêm um processo praticamente uníssono: a indicação de delegados por organizações populares politicamente atuantes, algumas com ligações político-partidárias. São casos em que, possivelmente, a grande massa populacional, se entendesse o que está acontecendo, sequer se sentiria representada, o que nos remete à análise de que “nas democracias modernas, a representação cede lugar à delegação” (Pinto, 1994, p. 203).

Ao trabalhar com delegações, as Conferências dão a impressão de agir democraticamente, observando os interesses da comunidade. Mas, a bem da verdade, a população sequer está abrindo mão da participação ou delegando poderes a quem quer que seja. A realidade é que grande parte dos cidadãos, como dissemos, não sabe o que está acontecendo, visto que a divulgação das Conferências é um processo muito restrito que atinge quase que exclusivamente as organizações ligadas ao setor de saúde. Os governos estaduais e municipais não têm investido um centavo para dar publicidade ampla ao evento de forma a atingir os diversos setores da sociedade.

Se, como se constata, a participação efetiva da população é praticamente inexistente nas Conferências, prejudicando dessa forma o processo de análise do sistema de saúde de uma dada esfera de governo e o conceito de controle social, ela também não é levada em conta no

momento de se estabelecerem as proposições dos eventos, que em geral são:

(...) quase sempre uma elaboração de grupos técnicos do Ministério da Saúde e de atores institucionais como o CONASS (Conselho Nacional de Secretarias Estaduais de Saúde), CONASEMS (Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde) e a ABRASCO (Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva). (Stotz, 2006, p. 152)

Todo esse processo vem na contramão na história contemporânea do país, quando se definiu que a participação popular seria um poderoso instrumento de controle do processo político brasileiro. O que se pretendia, à época, era uma reforma profunda do sistema, mas de fato isso nunca ocorreu ou ocorreu raramente. A verdade é que os movimentos sociais lutaram pela construção de um controle concreto e, assim, foi possível criar instrumentos de participação, tal qual pretendidos pelas organizações populares. No entanto, uma vez criados, esses instrumentos passaram a precisar de apoio dos governos para sua formação e funcionamento, seja na forma de leis e decretos, seja na forma de financiamento.

A realidade que se compôs a partir daí demonstra claramente a correção teórica das duas formas de participação popular apresentadas por Carvalho. A primeira é a participação como conquista da sociedade, exatamente como aconteceu no Brasil nos anos de 1980 e 1990. A segunda forma é a chamada “participação como oferta estatal”. Para o autor, esta segunda forma se caracteriza por excluir grandes parcelas da comunidade: “A ‘oferta’ da participação social por parte do Estado brasileiro, é, no entanto, historicamente muito restrita, geralmente vinculada a grupos privilegiados”. (Carvalho, 1998, p.17).

Para garantir efetivamente o funcionamento dos Conselhos é necessário, sobretudo, garantir que a participação da sociedade seja real,

como demonstra Wanderley ao tratar dos Conselhos como instrumento potencializador que às vezes são “usados demagogicamente pelos governantes”, mas que podem ser:

(...) fatores de democratização quando bem constituídos e compostos de pessoas ativas e participantes, capazes de vigiar e sugerir coisas. (Wanderley, 1993, p. 19)

Em relação aos Conselhos gestores, forma de participação definida pela Lei 8.172, se constituiu uma iniciativa inovadora dentro da política de saúde do Brasil nas esferas estaduais e municipais. Em nível federal, no entanto, ela já acontecia, mesmo que de forma limitada. O Conselho Nacional de Saúde foi criado há mais de 70 anos. Mas foi totalmente reformulado durante o processo de regulamentação e implantação do controle societal.

Não foi uma reformulação qualquer, foi uma transformação fundamental de conceitos no que tange à sua formação e atuação. Originariamente o Conselho Nacional de Saúde foi criado em 1937, através da Lei 378. À época seu objetivo era assessorar o então Ministério da Saúde e da Educação, trabalhando em conjunto com o Conselho Nacional de Educação. Era um colegiado formado por especialistas em saúde pública, sem opções de participação popular. Tinha apenas caráter consultivo e normativo, estabelecendo normas e diretrizes exclusivamente técnicas e, quando convocado, emitia pareceres.

Em 1990, graças ao decreto 99.438, as funções e atuação do Conselho Nacional foram totalmente revistas. Com isso, ele passou a dar assento também para representantes de diversos segmentos da sociedade. Ganhou, ainda, caráter deliberativo, isto é, suas resoluções devem ser adotadas pelo Ministério da Saúde. Dois anos depois, o Relatório Final da 9ª Conferência Nacional de Saúde reforça esta importância de independência e de força deliberativa do Conselho: “O

Controle Social não deve ser traduzido apenas em mecanismos formais e, sim, refletir-se no real poder da população em modificar planos, políticas, não só no campo da saúde”. (9ª Conferência Nacional de Saúde, 1992).

Os Conselhos de saúde, como já dissemos, têm a participação de parlamentares e de membros do Judiciário vetada, mas, assim como acontece com as Conferências, se mantém paritário na sua formação. Esta determinação é definida legalmente pelo decreto 99.438 de setembro de 1990. É formado por representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários que se inserem nos Conselhos através de instituições da sociedade civil organizada, como sindicatos e associações de moradores. São os órgãos de controle do SUS pela sociedade, e foram criados para permitir que a população pudesse interferir na gestão da saúde, defendendo os interesses da coletividade e exercendo o direito à fiscalização.

Para deixar as regras bem claras no que diz respeito à atuação dos Conselhos, o Ministério da Saúde tratou de formular diretrizes que deveriam ser seguidas por todos os Conselhos de saúde do país, sejam eles estaduais ou municipais:

Com a participação da comunidade na gestão do SUS se estabelece uma nova relação entre Estado e a Sociedade, de forma que as decisões do Estado sobre o que fazer na saúde terão que ser negociadas com os representantes da Sociedade, uma vez que eles são quem melhor conhece a realidade da saúde da comunidade. Por isso ela é entendida como uma das formas mais avançadas de democracia. (Guia de Referência para Conselheiros Municipais – Ministério da Saúde)

A instituição dessas instâncias não é opção dos gestores, independente da esfera de governo. Elas são, entre outros, pré-requisitos para que estados e municípios recebam recursos oriundos do Fundo Nacional de Saúde, FNS, especificamente para a “cobertura de ações e serviços de saúde a serem implementados pelos municípios, estados e Distrito Federal”, (Ministério da Saúde, 1996). Caso não cumpram com a determinação, tais recursos passam a ser administrados por outra esfera

de governo. No caso dos municípios, os estados assumem a gestão. Se for o estado a descumprir as normas, a União assume a administração estadual do setor. Além das determinações legais, alguns representantes da sociedade civil organizada, notadamente os ligados à saúde, absorveram o conceito de participação popular. Prova disso que a Conferência Nacional de Saúde vem, ao longo dos anos, sistematicamente reforçando a importância do controle sobre as ações governamentais: "... a efetivação do SUS só é possível com controle social". (11ª Conferência Nacional de Saúde, 2000, p.16).

Portanto, descentralização da saúde e participação da comunidade são partes integrantes de um único processo, iniciado legalmente a partir da Constituição de 1988. Mas é preciso notar que são os conselhos que garantem o próprio princípio da descentralização, já que ela não é um processo meramente administrativo, mas, principalmente, político.

1.1- Descentralização da Saúde e a busca por participação: O Programa Saúde da Família, porta de entrada do sistema e marco democrático para a participação local

Além da participação, a Constituição também dava sinais claros, no capítulo sobre a saúde, de que a prevenção passava a ser a prioridade da política nacional de saúde. Isso era um indicativo de que um dos grandes objetivos da descentralização no setor estava em tratar preventivamente as questões de saúde pública do Brasil, um país de enormes contrastes, e que ainda hoje, passados exatos vinte anos da promulgação da Carta Magna, permite que crianças, jovens, adultos e idosos morram de causas absolutamente evitáveis.

Dentro desse objetivo, o da prevenção, o país adotou como estratégia de Atenção Básica o Programa Saúde da Família, PSF, atualmente chamado de Estratégia Saúde da Família, ESF. Inserido no processo de descentralização, o PSF existe hoje em quase a totalidade

dos municípios brasileiros, onde atua, prioritariamente, nas periferias das cidades.

O Programa Saúde da Família surgiu a partir de uma parceria entre o Ministério da Saúde e o Fundo das Nações Unidas para a Infância – UNICEF. Antes dele a prevenção era praticamente inexistente no Brasil. Na década de 1970 a saúde brasileira estava assentada nos pilares da medicina curativa, com enfoque para a rede privada que, nesse período, chegou a receber 80% dos recursos públicos destinados ao setor. O atendimento não era integral, nem universal.

A implantação da estratégia veio no bojo de um movimento mundial. Em 1978, a Conferência Internacional Sobre Cuidados Primários de Saúde, realizada no Cazaquistão, país à época ligado à extinta União Soviética, e organizada pelo Unicef, Fundo das Nações Unidas para a Infância, e a Organização Mundial de Saúde produziu um dos mais importantes documentos mundiais relacionados à atenção primária: a Declaração de Alma-Ata.

A Declaração propõe a atenção primária como estratégia para ampliar o acesso e atender em condições de igualdade toda a sociedade mundial até o ano 2000. Em seu item V afirma:

Os governos têm pela saúde de seus povos uma responsabilidade que só pode ser realizada mediante adequadas medidas sanitárias e sociais. Uma das principais metas sociais dos governos, das organizações internacionais e de toda a comunidade mundial. (Declaração de Alma-Ata, 1978, p.01)

Foi o primeiro encontro do gênero no mundo e marco para outras iniciativas, a exemplo da Carta de Ottawa, produzida em 1986 na Conferência do Canadá. No Brasil a Declaração de Alma-Ata também produziu reflexos. O Movimento Sanitarista passou a perseguir estes princípios e buscar a universalização da Saúde e a construção de um

novo paradigma para o setor, com ênfase na prevenção, através da construção de um sistema unificado de Saúde.

Os princípios do SUS passaram a ser realidade a partir da Constituição de 1988. Em 1990, com a Lei Orgânica da Saúde, (Lei 8080), o SUS foi regulamentado. Antes do SUS a assistência à saúde tinha caráter previdenciário. Quem não contribuía só podia contar com os serviços de hospitais filantrópicos e de alguns hospitais públicos.

A partir deste ponto é preciso fazer um resgate de como foi possível ao país implantar políticas nacionais, como o PSF, seguidas pelas demais esferas de governo dentro de um processo de descentralização do sistema. Em primeiro lugar é preciso deixar claro que estados e municípios possuem autonomia política e fiscal definida constitucionalmente, o que “permite que eles adotem uma agenda própria, independente da agenda do Executivo Federal”, (Arretche, 2004).

Portanto, cabe a cada uma dessas esferas definir quais as políticas sociais que pretendem implantar. Também têm o poder de decidir quais as políticas sugeridas pelo governo federal que não se interessam por seguir. Podem, inclusive, optar por não ter nenhuma agenda social, seja própria, seja federal.

Ocorre que apesar de toda a aparente autonomia de municípios e estados, o governo central buscou alternativas como a edição de portarias ministeriais, que permitiram que programas nacionais se tornassem atrativos aos governos municipais. E isso devido a uma questão de vital importância: o financiamento. Dessa forma as transferências federais eram liberadas mediante a adesão às políticas definidas pelo governo central, já que estados e municípios possuem imensa dependência em relação às transferências da União: “(...) o governo federal dispõe de recursos institucionais para influenciar as

escolhas dos governos locais, afetando sua agenda de governo”. (Arretche, 2004, p. 08)

Outra alternativa foi a edição de emendas à Constituição, a exemplo da Emenda Constitucional 51, de fevereiro de 2006, que acresceu três parágrafos ao artigo 198 da Constituição com o objetivo de regular a contratação dos agentes comunitários de saúde. Outra emenda, esta de maior repercussão, foi a de número 29/2000, que alterou os artigos 34, 35, 156, 160, 167 e 198 da Constituição e que teve por objetivo assegurar recursos para o financiamento da saúde e estabelece gastos mínimos para o setor tanto para os estados, (12% das receitas), quanto para os municípios, (15% das receitas). Já o Governo Federal eleva o investimento de acordo com o crescimento do Produto Interno Bruto, PIB.

A Emenda Constitucional nº 29/2000 define os percentuais mínimos de aplicação em ações e serviços públicos de saúde e estabelece regras para o período de 2000 a 2004. O Artigo 198 da Constituição Federal prevê que, no final desse período, a referida Emenda seja regulamentada por Lei Complementar, que deverá ser reavaliada a cada cinco anos. Na hipótese da não edição dessa Lei, permanecerão válidos os critérios estabelecidos na própria Emenda Constitucional. (Conselho Nacional de Saúde, 2005)

A elaboração de emendas à Constituição e o atrelamento financeiro foram fundamentais para a expansão do Programa Saúde da Família. De 1994, quando o PSF foi implantado, a 2007, o processo de implantação de unidades de Saúde da Família foi grandioso. Partindo do zero há 14 anos o Programa atingiu, no ano passado 87,7 milhões de pessoas, ou 46,6% da população Brasileira e está em 5.125 dos 5.565 municípios brasileiros. Os dados são do Ministério da Saúde.

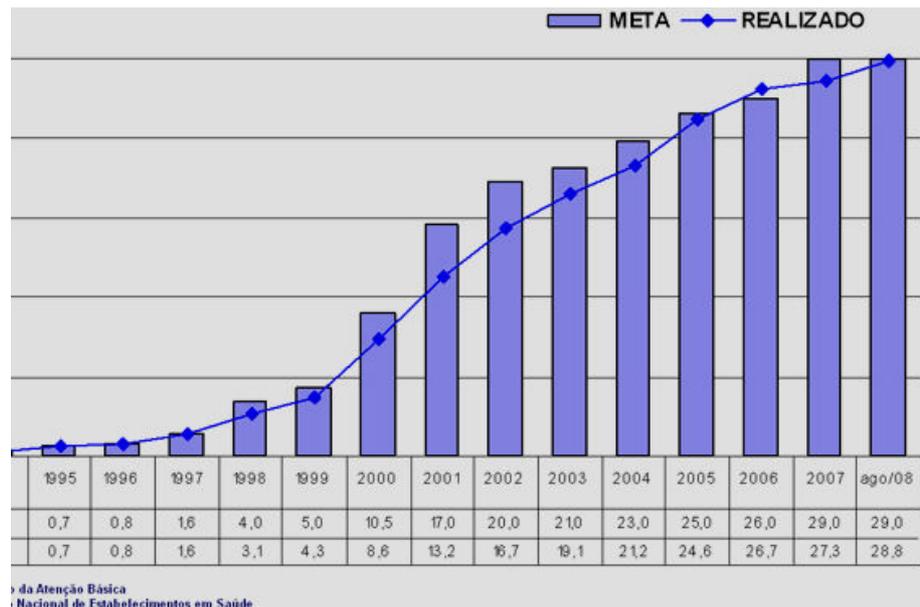
Os principais saltos aconteceram no durante o governo de Fernando Henrique Cardoso. Nos cinco primeiros anos da administração Lula o número de pessoas atendidas aumentou apenas 10,9%, ou 25,4

milhões de pessoas. Mesmo assim, as metas foram alcançadas, ultrapassadas e, na maioria dos casos, chegaram próximas ao objetivo:

Meta e Evolução do Número de Equipes de Saúde da Família Implantadas

BRASIL - 1994 – AGOSTO/2008

Gráfico 1:



O PSF está nos municípios que possuem a saúde descentralizada, ou onde o Estado é gestor do serviço. A descentralização para o município pode se dar de duas formas: sob a Gestão Plena da Atenção Básica, ou sob a Gestão Plena do Sistema Municipal. Somente os municípios de médio ou grande porte podem se inserir no sistema pleno municipal, porque são eles que geram demandas que justificam a oferta dos serviços. Podem, ainda, se transformar em municípios pólos, atendendo à população de cidades vizinhas de menor porte.

Para se entender a diferença entre as duas administrações, básica e municipal, basta saber que a distinção das duas está no grau de oferta de serviços. Na Gestão Municipal, além da Atenção Básica, são oferecidos pelo município atendimentos de baixa, média e, em alguns

casos, alta complexidade, além da hospitalização, que pode ser feita através de hospitais próprios ou conveniados. Um município com Gestão Plena Municipal deve, também, criar mecanismos de regulação, auditoria e, como não poderia deixar de ser, controle do sistema.

Na Gestão Plena da Atenção Básica os serviços oferecidos pelos municípios estão centrados, principalmente, no atendimento em unidades de saúde através do PSF, criado para ser a porta de entrada do sistema de saúde brasileiro.

A estratégia do Programa Saúde da Família foi criada dentro do contexto de reestruturação do Sistema Público de Saúde do país. Os primeiros passos, que culminariam com sua implantação em 1994, durante o governo Itamar Franco, começaram a ser dados em 1991, ainda no governo Fernando Collor, quando surgiu o PACS, Programa Agentes Comunitários de Saúde. De acordo com o Ministério da Saúde, o PACS foi a primeira etapa de implantação do PSF. O Programa foi definido como a política nacional de atenção básica, e desde o início tinha caráter substitutivo e organizativo e previa:

(...) a reorganização da prática assistencial em novas bases e critérios, em substituição ao modelo tradicional de assistência, orientado para a cura de doenças e no hospital. A atenção está centrada na família, entendida e percebida a partir do seu ambiente físico e social, o que vem possibilitando às equipes da Família uma compreensão ampliada do processo saúde/doença e da necessidade de intervenções que vão além de práticas curativas. (Ministério da Saúde, 1996, p.02)

O PSF incorpora os princípios fundamentais do SUS – universalização, descentralização e integralidade – além de ser, de acordo com manual do Ministério da Saúde (2001) “um espaço de construção de cidadania”.

A estratégia surgiu com o objetivo de promover, entre outras ações, uma mudança significativa na forma assistencial existente no país,

que, até então, estava centrada numa cultura “*hospitalocêntrica*”, ou seja, muito mais curativa e realizada em hospitais, do que preventiva. Até mesmo a assistência primária, à época, estava baseada em profissionais médicos especialistas. Com o PSF a figura do médico generalista entra em cena. Isso porque o objetivo da estratégia, seguindo o caminho indicado pela Constituição, é garantir a prevenção e a promoção à saúde na ponta, junto às famílias, na localidade onde elas vivem, tendo como concepção teórica os princípios da Vigilância em Saúde. Trabalha com equipe multiprofissional, formada por médico, enfermeiro, odontólogo, auxiliar de enfermagem e agentes comunitários de saúde. Cada equipe está capacitada a atender até mil famílias, ou 4.500 pessoas.

Atualmente o modelo de atenção à saúde brasileiro é, segundo o site do Ministério da Saúde, referência internacional e o PSF, ou ESF, é “destaque e modelo para outros países”. O Ministério informa, também, que “a estratégia está consolidada nos municípios brasileiros”.

Um dos mais importantes resultados divulgados pelo Ministério da Saúde é que o PSF foi responsável pela queda acentuada do índice de mortalidade infantil registrada no país desde a década passada. No entanto, ainda existem críticas à estratégia:

Há um caráter prescritivo, bastante exacerbado, neste programa. São definidas *a priori* os locais de atendimento: unidade básica para pacientes vulneráveis, visitas domiciliares para outros atendimentos e grupos na comunidade. Da mesma forma existe uma lista das atividades que devem ser realizadas pela equipe. Pode-se dizer, portanto, que no PSF existe uma confusão entre o que é ferramenta para diagnóstico e intervenção, e o que é resultado em saúde. (Franco; Merthy, 1999, p.07)

A definição de que a estratégia é descentralizada e administrada localmente é exposta pelo próprio Ministério da Saúde, em manual publicado em 2001 sobre o PSF: “(...) o PSF não é uma intervenção vertical e paralela às atividades dos serviços de saúde: é uma estratégia que possibilita a integração e promove a organização destas atividades em um território definido”. (Ministério da Saúde, 2001, p. 05).

Ao afirmar que o PSF não é uma intervenção de cima para baixo, o Ministério não determina a implantação do Programa pelo município – como já foi esclarecido, a implantação também pode ser feita pelo governo estadual -, mas a sugere. No seu termo de compromisso, a ser assinado em conjunto com as secretarias de saúde que aderem à descentralização, o Ministério da Saúde, (1996), deixa claro que:

Compete às Secretarias Municipais de Saúde e ao Distrito Federal:

I - organizar, executar e gerenciar os serviços e ações de Atenção Básica, de forma universal, dentro do seu território,

III - ***inserir preferencialmente, de acordo com sua capacidade institucional, a estratégia de Saúde da Família*** em sua rede de serviços, visando à organização sistêmica da atenção à saúde. (Grifo nosso)

Assim, respalda a Lei 8080 de 19 de setembro de 1990, que prevê em seu artigo 7º, inciso IX, a descentralização político-administrativa em cada esfera do governo e com ênfase na descentralização para os municípios. Para atrair o interesse dos gestores municipais, garante, ao constituir o programa, que o Governo Federal dará todas as instruções, fornecendo acompanhamento técnico para a implantação da estratégia e, o mais importante: confirma a liberação de recursos.

Iniciado em poucos municípios na primeira metade da década de 1990, o PSF iria se consolidar em pouco tempo como estratégia prioritária para a reorganização da atenção básica no Brasil. Em apenas uma década estaria presente em todos os estados brasileiros e em parcela considerável dos municípios do país.

Com o PSF não só a saúde, mas, também, a participação, chegaria às pequenas, grandes e médias localidades brasileiras. Mais um dado de como o controle social foi estrategicamente pensado para alcançar todas as instâncias do setor de saúde. O PSF é uma estratégia que desde a sua criação é desenvolvida através de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas na região de atuação do programa. Práticas reafirmadas constantemente, como demonstra, em seu artigo primeiro, a Portaria 648, de março de 2006, assinada pelo então

ministro da Saúde, Saraiva Felipe, que decide: “Aprovar a Política Nacional de Atenção Básica, com vistas à revisão da regulamentação de implantação e operacionalização vigentes, nos termos constantes do Anexo a esta Portaria”, (MS, 2006).

Ao reafirmar a aprovação da estratégia, o governo central mantém firme a decisão de garantir a participação popular definida pela Constituição. Além disso, faz questão de controlar o processo para garantir que a estratégia seja conduzida corretamente, ou seja, dentro dos padrões definidos pela Política de Atenção Básica em curso no país. Prova disso, que na mesma Portaria 648, define, em seu parágrafo único, quem dá as cartas no sentido de conduzir a execução da política: “A Secretaria de Atenção à Saúde, do Ministério da Saúde (SAS/MS), publicará manuais e guias com detalhamento operacional e orientações específicas desta Política”, (Ministério da Saúde, 2006).

Dentre os princípios que norteiam a Atenção Básica no Brasil, o processo democrático é citado em todos os documentos estudados. A exigência acabou por trazer, por parte de alguns gestores, novidades no sistema. Além do Conselho Municipal de Saúde, foram instituídos em alguns municípios do país os Conselhos Locais de saúde ou Conselhos Locais de Unidades de Saúde. Criados a partir de decretos ou portarias municipais, por indicação dos gestores ou do Conselho Municipal de Saúde, são eles a primeira instância de participação social na saúde.

Formado por representantes da equipe da Unidade de Saúde e pela comunidade usuária, o Conselho local deve ter seus membros eleitos de forma democrática e independente, sem a participação ou intromissão dos gestores. Também paritário, a exemplo dos Conselhos estaduais, municipais e Nacional de saúde, possui normas definidas pelos Conselhos municipais ou pelo gestor local, mas discutidas com os conselheiros das Unidades. No entanto, via de regra, suas competências são fixas, não sendo muito alteradas de um município para outro, independente do estado ou da região de atuação. Isto porque as prefeituras, ao criarem

seus Conselhos locais, se baseiam nas composições e atribuições dos Conselhos das demais esferas de governo, fazendo, apenas, pequenas adequações.

Órgãos de deliberação coletiva de caráter permanente cabe aos Conselhos locais acompanhar, avaliar e fiscalizar os serviços de saúde oferecidos à população na área de abrangência da Unidade de Saúde da Família de sua localidade. Deve ter em vista a qualidade geral de vida da população, o que inclui, além dos serviços de assistência médica, a implantação de medidas preventivas e que interfiram nas condições de saúde, como o saneamento básico, por exemplo.

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 a bens e serviços essenciais; os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do País. (Lei 8.080, 1990, artigo 3º)

Os Conselhos locais também devem mobilizar a comunidade da sua área de atuação. Uma mobilização que tem por objetivo introduzir todos no sistema. Então, mais do que participar das decisões, os conselheiros têm a responsabilidade de sensibilizar a população para que ela usufrua dos serviços de promoção, prevenção e proteção à saúde. Neste ponto, como já citamos anteriormente em relação ao governo federal, o gestor municipal repassa parcela da sua responsabilidade para os ombros do Conselho/população, sob a chancela de participação social. Os conselheiros devem, dessa forma - além de, ao menos hipoteticamente, gerir a política - se responsabilizar pelos seus resultados, independentemente de esses resultados serem, ou não, oriundos de decisões que contaram com a participação popular. Este é um dos engessamentos que sofrem os Conselhos locais: assumem responsabilidades na ponta, mas nem sempre conseguem realmente interferir na redefinição do papel que o Município deveria ter no setor, como elabora Oliveira ao falar do papel do Estado:

(...) a principal redefinição do Estado é aquela que se dá ou se dará no momento em que a sociedade civil for capaz, ela mesma, de dizer qual o Estado quer, que tamanho deve ter, onde deve atuar. A redefinição do Estado começará quando esses atores sociais forem capazes de pensar estrategicamente. E isso significa ultrapassar o seu particularismo ou sua condição corporativa e dizer o que querem na sua relação com o Estado. (Oliveira, 1995, p. 10)

1.2– Controle societal e participação popular:

A histórica construção das relações de poder no Brasil como entrave para o efetivo funcionamento dos Conselhos

A grande questão que compromete a atuação dos Conselhos, notadamente os municipais e locais, é o fato de que se descentralizou a política, mas não as relações de poder. Este é o diagnóstico a que chegaram boa parte dos cientistas sociais brasileiros: “A decisão política não se descentraliza tão facilmente em nível local, portanto, a participação fica comprometida”. (Morita, 2000 p. 15). Além disso, a tradição histórica de servilismo por grande parcela da população, notadamente em áreas periféricas e interioranas, é um entrave para a tomada de decisões independentes e para garantir a autonomia na fiscalização:

Considerando a larga tradição autoritária brasileira, não se pode desprezar uma cultura política baseada numa concepção de cidadãos apáticos e passivos ante o monopólio das ações políticas concentradas em elites minoritárias. (Chaia; Tótor, 2002, p. 60)

Desta forma, muitos municípios do país continuam acatando oficialmente as regras definidas pelo Ministério da Saúde, no tocante à criação e implantação dos conselhos - prova disso que o Brasil possui atualmente mais de 28 mil conselhos gestores de políticas, como vimos na introdução do presente trabalho -, mas, na prática, os gestores, de uma maneira geral, não permitem que os Conselhos atuem com a liberdade

que deveriam possuir. As formas de controle político para evitar uma participação que efetivamente interfira na política de saúde foram detectadas por inúmeros autores. Processo que varia muito pouco de um estudo de caso para outro, se repetindo em várias regiões do país. A análise mostra que os políticos, de modo geral, não querem ver suas ações e decisões controladas ou questionadas pela comunidade. O que querem é administrar sem maiores interferências, de modo a organizar sua gestão da maneira que mais lhe pareça interessante e não dentro dos conceitos definidos por uma sociedade democrática.

Esse distanciamento entre os gestores e os Conselhos, num processo de não absorção do controle social, demonstra que no Brasil do Século XXI a política continua praticamente a mesma, se comparada com a de meados do século passado. Uma tática usualmente praticada é a de manter desinformação da comunidade sobre a questão do controle social. Os conhecimentos repassados, de modo geral, deseducam mais do que educam os cidadãos. Isso porque o desconhecimento é parte de um processo político que interessa aos gestores de plantão, o que nos leva à uma análise óbvia: se não há interesse na repartição do conhecimento, muito menos há a vontade de repartição do poder.

Tudo isso ocorre por um motivo muito simples: quanto menos conhecedora dos processos políticos, especialmente os que culminam com a implantação de uma política social e seu conseqüente controle; mais maleável estará a população no momento de escolher seu candidato, notadamente os prefeitos. A grande maioria dos gestores municipais do país tem na realização de obras, muitas vezes concretizadas através de recursos federais e, não raras vezes, parte de uma política nacional, seu principal discurso para obter apoios num processo eleitoral. Neste cenário se recusam a efetivamente mostrar para a população como se deu a construção desta ou daquela política. Preferem contar com o desconhecimento da comunidade. Se agem de tal forma, é bem possível que os Conselhos erigidos sobre a batuta da falta de informação se

mantenham desinformados sobre o sistema. E sem informação, não há controle real, já que os mecanismos que possibilitam esse controle são desconhecidos até pelos conselheiros.

(...) por isso é imprescindível a representação de sujeitos e agentes sociais e políticos, tanto na esfera estatal, como na sociedade civil, delegados por suas respectivas bases sociais, para expor, sugerir, aprovar e depois acompanhar e avaliar, retomando uma circularidade de ações aproximadas de uma política de planejamento participativo. (Castro, 2001, p. 97)

A questão que se coloca é que a maioria dos políticos, mesmo os que possuem um verniz mais progressista, acaba cedendo à tentação de reproduzir práticas que sempre estiveram na contramão da modernização e desenvolvimento políticos do país. Clientelismo, populismo e autoritarismo fazem parte da cartilha de inúmeros políticos de expressão nacional. No interior do país a situação é ainda mais grave. Longe dos olhos da grande imprensa ou do controle mais rígido de uma sociedade civil organizada e realmente atuante, é possível manipular os Conselhos sem maiores problemas.

Agrava ainda mais a situação o fato de, historicamente, a população brasileira ter internalizado esta cultura de troca de favores e respeito/medo ao poder constituído, acatando decisões e quase nunca interferindo no processo político. Isso ocorre pelo fato de sempre termos sido excluídos do processo decisório, como bem aponta Wanderley (1991).

A cultura dominante no Brasil é por tradição elitista, autoritária e populista... Viver a democracia hoje é viver o pluralismo e aceitar as divergências (...). Com a cultura autoritária, elitista, populista que temos internalizada, pela própria formação, vai ser difícil de se aceitar o pluralismo, as divergências, os conflitos. No entanto, são elementos básicos de uma educação democrática. (Wanderley, 1991, p.21)

Autoras como Doimo, Carvalho, Bettiol e Martins apresentam a histórica cultura política de concentração de poder no Brasil ainda como fator preponderante nas relações entre gestores e cidadãos. Isso representa um sério obstáculo à construção, efetivação e fortalecimento das esferas públicas nacionais. E sem esferas públicas como garantir espaços de mediação entre o Estado e a sociedade?

(...) a cultura política brasileira, erigida sobre uma concepção hierarquizada do mundo, imprimiu relações clientelistas tão profundas em detrimento da cidadania política que jamais conseguiu consolidar uma verdadeira esfera pública. (Doimo, 1995, p.57)

Desta forma, a proposta de criação dos Conselhos, mesmo que levada a termo em boa parte do Brasil, tem como grave empecilho a cultura política do país, onde as classes hegemônicas sempre tiveram preponderância em relação aos demais cidadãos, onde o privado recebeu maiores cuidados do que o público, e onde as noções de democracia são incipientes. O que se pretendeu, e se apreendeu, desde sempre, foi uma democracia representativa muito limitada, ao passo que nas duas últimas décadas o que foi proposto era uma democracia direta, participativa, que, mesmo após vinte anos, ainda não totalmente entendida por boa parcela da população e não aceita por boa parte dos políticos.

Schumpeter tem uma perspectiva peculiar em que os direitos advindos da democracia estão limitados ao voto, sendo este o único poder de participação que a população possui. Ou seja, defende a democracia representativa. Sob esta ótica também se perfilam outros autores como Dahl e Eckstein, que vêem na participação popular riscos para a construção de um sistema estável e enfatizam os “perigos inerentes à ampla participação popular na política”, (Pateman, 1992, p.10).

Independente da contribuição que tais autores deram às Ciências Sociais é inevitável discordar sobre tais análises. No ponto de vista defendido por este trabalho a democracia pressupõe a representação, mas, inevitavelmente, tem que possuir também sistemas reais de participação popular e de controle social no processo político. Os cidadãos não podem ser alijados desse processo sobre pena de construirmos um sistema dito democrático, mas onde apenas os interesses da elite política do país continuem a ser levados em conta.

Por este motivo, acreditamos, como Rosseau, que a vontade não pode ser representada: “A soberania não pode ser representada pela mesma razão porque não pode ser alienada, consiste essencialmente da vontade geral e a vontade não pode absolutamente ser representada”. (Rosseau, 1762, III, cap. XV, p.186).

Se muitos teóricos acreditam que a proposta da participação cidadã é um risco em si própria, inúmeros políticos também a enxergam como problema. Eles têm imensa dificuldade de se adequar à proposta que emergiu com a Constituição. São os mesmos gestores que aderem às políticas públicas com o objetivo quase exclusivo de garantir o financiamento e aumentar seu potencial eleitoral. Mas no momento de implantar o controle lançam mão de artimanhas que permitirão impedir qualquer interferência de fato na administração pública: “São praticamente inexistentes os movimentos em que seria possível afirmar que as massas populares, ou algum de seus setores, tenham conseguido participar do processo político com efetiva autonomia”, (Raichelis, 1998, p.69).

Os estudos realizados para a composição deste trabalho, através dos textos utilizados, permitiram notar que o processo de desconstrução das esferas públicas de controle não exige mecanismos muito complicados. Os mais corriqueiros são aqueles em que o gestor atrai para a composição dos Conselhos membros de grupos que lhe são

simpáticos. Em Vitória da Conquista, por exemplo, parte dos representantes dos usuários no Conselho Municipal de Saúde faziam, ou fazem parte, da alta sociedade local. Possuem seguros de saúde privados e nunca utilizaram o SUS para atendimento médico (a vigilância sanitária, vigente no SUS, atende aos cidadãos indiscriminadamente). Este mecanismo foi percebido por Carvalho (1995), ao estudar a participação social no país, ou por Raichellis (1998), que demonstrou o poder de influência da elite sobre o Estado.

Outra opção do gestor é cooptar líderes locais para o seu projeto político e inserir estes líderes no controle social. São atores que representam o poder constituído e não os usuários do sistema, pondo, dessa forma, um fim à paridade determinante para a formação dos Conselhos. Se alinham aos representantes da administração durante o processo de decisão, deixando o grupo de usuários em menor número, e, em decorrência, com menor quantidade de votos. No momento do embate, da votação, os gestores sempre terão maioria, prevalecendo a vontade do grupo político, que não se contenta apenas com o controle administrativo do município e quer ter o controle político integral.

É muito comum o poder público, assim como os partidos políticos, se 'apropriar' das lideranças para garantir sua condição de hegemonia. Na verdade, os representantes de bairro são representantes do poder público no próprio bairro, e como tais tendem a apaziguar conflitos e se tornar fortes cabos eleitorais. (Bettioli, 2006, p. 130).

Em outras situações, o gestor local utiliza táticas mais subliminares, que nem por isso trazem discursos verdadeiros, mas que atingem resultados bastante objetivos junto à parcela da população, angariando simpatia do eleitorado: assumem como obra sua a construção do processo de participação social.

Este tipo de discurso foi utilizado durante a campanha eleitoral de televisão e rádio em Vitória da Conquista. Um dos candidatos - prefeito no período de 1997 a 2002, com o segundo mandato interrompido para uma disputa bem sucedida à Câmara dos Deputados - estava na gestão quando do processo de descentralização da saúde. Na propaganda política, criou peças que mostravam o “quanto incentivou” a construção da democracia e da participação popular através da criação dos Conselhos: Conselhos tutelar, de saúde e de educação, entre outros. Em nenhum momento fez menção de que o processo democrático de implantação de é uma ação determinada pelo Governo Federal e existe em todas as regiões do país. Pelo contrário, exibia o controle como se fosse criação dele próprio. Realização que - tentava fazer acreditar o marketing político - mostrava seu estilo democrático de administrar. Sequer foi desmentido, o que mostra que os demais candidatos também desconhecem o funcionamento do controle social. Se os pleiteantes a cargos públicos não têm informação sobre o sistema, o que diremos em relação à população?

A grande questão que se coloca, em uma situação como essa, é que ao usar eleitoralmente, de forma tão distorcida e ampla – por meio dos canais de televisão e rádio - um processo político, em curso no país desde o início década passada, é possível depreender que nem mesmo os conselheiros conseguiram entender a abrangência do sistema. Ou não conseguiram ou não foram devidamente informados nesse sentido. E como já dissemos, sem informação e conhecimento o controle social fica enfraquecido e, o que é mais grave, passível de instrumentalização.

(...) é importante que os movimentos populares criem e mantenham seus foros independentes e autônomos, buscando a discussão dos problemas e as soluções para as questões da saúde, (...) A preservação da autonomia e a independência dos movimentos sociais é fundamental para impedir a sua instrumentalização. (9ª Conferência Nacional de Saúde, 1992, p.33)

Na outra ponta desse processo de deseducar o cidadão, não deixando que ele conheça como funciona o sistema político brasileiro e, mais que isso, prestando informações incorretas para auferir benefício político-eleitoral, comparecem as vantagens que tal gestor pode tirar de suas pseudo-ações participativas. Sendo o criador, ele é o senhor do processo. Alguém que, “na contramão do que vem sendo feito no país, e por vontade própria” – de acordo com o discurso difundido - decidiu não governar sozinho, mas dividir com a sociedade a definição dos destinos político-administrativos de dado município. Com tal posição, consegue apoio integral e o reconhecimento pelas ações produzidas. Ganha status de democrata, mas, na realidade, como mostra o pensamento de Ferreira, reproduz nada mais, nada menos do que um sistema que permite apenas uma vertente: a pseudodemocracia:

Na pseudodemocracia, o poder passa por uma transformação, uma mudança de cara, ele passa a ter um cara paternalista, não é mais autoritário. Ele dá tapinha nas costas, ele conversa, ele dá a impressão de que se participa..., (Ferreira *in* Moreira, 2002, p.93)

Se como afirmou Raichelis(1998), a participação autônoma no processo político é praticamente inexistente, por que o discurso de controle social continua em voga? Por que sua atuação tão enfraquecida por fatores políticos não é debatida seriamente pelos atores sociais que ajudaram a construí-lo, muitos dos quais ocupam hoje cargos na administração federal? Qual foi efetivamente a contribuição constitucional no sentido de garantir a democracia participativa? Dar discurso à sociedade civil organizada e aos movimentos sociais que se uniram para colocar na agenda política o controle? E se este movimento de não aceitação do controle por parte dos gestores é percebido pelos incontáveis cientistas sociais que se debruçam sobre o tema, por que o governo central, responsável por fazer valer a lei, não criou mecanismos eficientes de impedir o controle sobre o controle? São questionamentos que precisariam de estudos mais aprofundados, mas que certamente irão

esbarrar na falta de vontade política para com o controle social existente atualmente no Brasil.

Todos estes entraves fazem da democratização e da conseqüente participação popular um processo descontínuo. É preciso notar que há avanços e recuos, e estes últimos, em alguns casos, levam ao desestímulo e, por fim, à dissolução dos Conselhos, como relataremos em capítulo específico ao mostrarmos a situação dos Conselhos locais de unidades de saúde do Município de Vitória da Conquista.

Capítulo II

Vitória da Conquista: A descentralização garantindo a continuidade do poder

Encravado em plena caatinga, no polígono na seca, o município de Vitória da Conquista está distante cerca de 500 quilômetros da capital da Bahia, Salvador. Possui uma população estimada em 308.204 mil habitantes, (IBGE, 2007), e uma população flutuante de mais de 90 mil pessoas, de acordo com os dados da Prefeitura Municipal. Cidade-pólo do sudoeste baiano centraliza os interesses de uma região que abrange 80 municípios, num raio de 200 quilômetros, com população de aproximadamente dois milhões de pessoas. É a terceira maior cidade da Bahia (417 municípios) em população, antecedida por Feira de Santana, (571.997 habitantes), e Salvador (2.892.265 habitantes).

Vitória da Conquista tem 3.743 quilômetros quadrados de área, distribuídos entre a sede, 12 distritos e 284 povoados rurais. Sua altitude atinge, em alguns pontos, mais de 900 metros, o que permite grandes variações climáticas. A temperatura média anual fica em torno dos 16 graus centígrados, mas no inverno pode atingir os 06 graus em determinadas localidades.

O processo de desenvolvimento do município foi iniciado a partir da década de 1940, com a construção da BR 116, também chamada no estado de Rio-Bahia, que corta o município. A BR 116 é a principal rodovia do país, ligando a cidade de Fortaleza, no Ceará, ao município de Jaguarão, no Rio Grande do Sul, na fronteira com o Uruguai. A cidade possui um entroncamento rodoviário que liga a Bahia a várias regiões do país: Centro-Oeste, Sudeste, Sul e Nordeste, sendo, por isso, forte atrativo de correntes migratórias.

Está, de acordo com o Atlas do Mercado Brasileiro de 2008, publicação do jornal Gazeta Mercantil, entre os dez municípios de maior crescimento dinâmico do país e o primeiro do Nordeste do Brasil. Todo esse dinamismo vem, principalmente do setor de serviços, que tem no comércio, saúde e educação seus maiores expoentes, representando 70% do Produto Interno Bruto do município, de acordo com os dados do IBGE, (2005). O setor industrial tem a participação de 13% no PIB e a agropecuária concentra 03%, onde se destaca o cultivo da mandioca, milho, feijão, café e algodão, além da pecuária bovina e ovina.

Pólo de Educação e Saúde possui duas universidades federais, (CEFET e Universidade Federal da Bahia - UFBA); uma universidade estadual, (Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia – UESB); e três faculdades privadas (Juvêncio Terra, FAINOR e FTC). Os ensinos pré-escolar, fundamental e médio compõem uma rede de 357 estabelecimentos entre públicos e privados.

Quadro 1 – Estabelecimentos de ensino fundamental e médio de Vitória da Conquista por classificação – 2007

<i>Estabelecimento de Ensino</i>	<i>Municipal</i>	<i>Estadual</i>	<i>Federal</i>	<i>Privado</i>
Pré-escolar	51	0	0	35
Fundamental	188	29	0	30
Médio	0	15	01	08
Total	239	44	01	73

Fontes: (1)Ministério da Educação, Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais – INEP - Censo Educacional 2007; (2)Ministério da Educação, Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais, Censo da Educação Superior 2005; Malha municipal digital do Brasil: situação em 2005. Rio de Janeiro: IBGE, 2007.

O município possui 306 estabelecimentos de saúde, sendo 12 hospitais pertencentes à rede SUS: três públicos (um municipal e dois estaduais), oito privados e conveniados ao sistema e um filantrópico. Existem, ainda, dois hospitais privados sem convênio com o SUS. A maior parte dos estabelecimentos de saúde existentes é pública:

Quadro 2 – Estabelecimentos de saúde por classificação público/privado em Vitória da Conquista – 2005

<i>Estabelecimentos de Saúde</i>	<i>Públicos</i>	<i>Privados</i>
Municipal	215	83
Estadual	04	
Federal	04	
Total	223	83

Fonte: IBGE, Assistência Médica Sanitária 2005; Malha municipal digital do Brasil: situação em 2005. RJ.

Boa parte da história política contemporânea do município foi marcada pela rejeição ao “Carlismo”⁴ através da eleição de prefeitos não atrelados ao grupo que concentrava poder político no estado nas décadas de 1980 (exceção para o período 86/90), 1990 e 2000 (até o ano de 2005). Pedral Sampaio, (PPS), um dos mais influentes políticos da região e perseguido pelo regime militar, foi o último prefeito eleito antes do início da era de gestão do Partido dos Trabalhadores, iniciada há doze anos e, na última eleição, renovada por mais quatro anos.

O não atrelamento ao grupo de Antônio Carlos Magalhães rendeu ao município retaliações políticas, sociais e econômicas, a ponto de, em meados dos anos 1990, a sua administração ter se tornado inviável devido, principalmente, à falta de financiamento e de repasse de recursos. Este quadro fez com que o então prefeito Pedral Sampaio capitulasse e aderisse ao grupo que controlava o Estado. A adesão trouxe mais problemas. Com o controle político do município o PFL, partido de Antônio Carlos Magalhães, buscou destruir a imagem progressista e de resistência de Sampaio, e, mesmo com a aliança, não realizava os repasses.

⁴ Corrente política ligada ao extinto PFL (Partido da Frente Liberal) que tinha como controlador Antônio Carlos Magalhães, ex-ministro das Comunicações, governador do Estado por três mandatos, deputado estadual, deputado federal, ex-prefeito de Salvador, senador da República por dois mandatos, tendo assumido a presidência da Casa e presidente da República interino. Morto em 2007.

Na eleição de 1996, com a imagem do prefeito destruída e as finanças em frangalhos⁵, Vitória da Conquista foi às urnas dar seu voto de protesto. Carlismo e Pedralismo foram vencidos por um candidato que iniciara há pouco mais de seis anos sua caminhada político partidária, que não tinha a máquina nas mãos, não era natural do município e nem possuía tradição política: Guilherme Menezes de Andrade, deputado estadual eleito pelo PT e ex-secretário de Saúde do Governo Pedral Sampaio. Não foi uma surpresa. Os analistas políticos da região acreditam que qualquer candidato que se vestisse de novidade naquela eleição teria ganhado o pleito.

Mas Menezes não contou só com o voto de protesto da população. Tratou de construir aliados: tinha o apoio da Igreja Católica e da intelectualidade conquistense, através dos professores da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, cujo reitor à época, e atualmente deputado estadual, Valdenor Pereira, era filiado ao PT. Além disso, seu candidato a vice-prefeito, o também médico Clóvis Assis, filiado ao PSDB, detinha poder econômico. Assis era proprietário de uma importante clínica pediátrica em Vitória da Conquista, fechada em 2000 pela ação do governo de seu companheiro de chapa.

Ao assumir, em 1997, Menezes, que, logo após a eleição, havia rompido com o vice-prefeito e parte dos partidos aliados, a exemplo do PMDB, encontrou um município destroçado: o sistema de saúde municipal era praticamente inexistente, a educação caótica e os serviços públicos tinham entrado em colapso.

⁵ A limpeza pública ficou semanas sem coleta, acumulando montes de lixo em pleno Centro da cidade, os salários do funcionalismo público estavam atrasados em cerca de 06 meses e o sistema de transporte, em monopólio, praticamente não funcionava.

No entanto, em todo o país o processo de descentralização caminhava a passos largos. No mesmo ano em que Guilherme Menezes era eleito o então ministro da Saúde, Carlos César de Albuquerque, instituiu, através da Portaria 1742, do Ministério da Saúde, a Norma Operacional Básica, (NOB), 01/96, do Sistema Único de Saúde, publicada no Diário Oficial da União em 06 de novembro de 1996. O seu objetivo era avançar “na consolidação dos princípios do SUS” permitindo que os gestores municipais e do Distrito Federal passassem a ser responsáveis pela saúde municipal, redefinindo as atribuições dos Estados, Municípios, Distrito Federal e da União:

A presente Norma Operacional Básica tem por finalidade primordial promover e consolidar o pleno exercício, por parte do poder público municipal e do Distrito Federal, da função de gestor da atenção à saúde dos seus municípios (Artigo 30, incisos V e VII, e Artigo 32, Parágrafo 1º, da Constituição Federal), com a conseqüente redefinição das responsabilidades dos Estados, do Distrito Federal e da União, avançando na consolidação dos princípios do SUS. Esse exercício, viabilizado com a imprescindível cooperação **técnica e financeira**. (Grifo nosso). (Ministério da Saúde, 1996, p. 01)

Também em 1996, em outros gabinetes da Esplanada dos Ministérios estavam em curso mudanças em mais um setor social: a educação. Inicialmente para instituir a nova forma de se tratar a educação do país era aprovada a Emenda Constitucional número 14, que criava o Fundo de Manutenção e Desenvolvimento do Ensino Fundamental e de valorização do magistério, Fundef, que possuía natureza contábil. Em seguida o Fundo é instituído pela Lei n. 9.424, de dezembro de 1996, cuja implantação estava prevista para 1º de janeiro de 1998.

Constituído, de acordo com o artigo primeiro da lei, de 15% do Imposto de Circulação de Mercadorias e Serviços, ICMS, do Fundo de Participação dos Estados, FPE, do Fundo e Participação dos Municípios e do Imposto sobre Produtos Industrializados, IPI, o Fundef teria seus recursos aplicados na manutenção e desenvolvimento do ensino

fundamental público e na valorização do magistério. Os recursos eram repassados aos municípios pelos governos de Estado e eram proporcionais ao número de matrículas existentes da 1ª a 8ª séries do ensino fundamental.

Com a edição da NOB, da emenda constitucional e da Lei 9424/96, o novo governo de Vitória da Conquista tinha garantido recursos que os seus antecessores jamais puderam contar, já que antes a maior parte dos repasses era relativa ao Fundo de Participação dos Municípios, FPM. A partir de 1998, com o Fundef e os recursos transferidos pela Secretaria de Atenção à Saúde, do Ministério da Saúde, sem computar com o montante repassado pelo Fundo Nacional de saúde, devido à descentralização do setor para o município, deram um aporte financeiro substancial:

Quadro 3 – Transferências constitucionais para o Município de Vitória da Conquista (valores expressos em reais) – 1996 a 2000

<i>Ano</i>	<i>FPM</i>	<i>ITR</i>	<i>LC 87/96</i>	<i>LC 87/96 - 1579</i>	<i>Fundef</i>	<i>Total</i>
1996	9.407.300,89	27.513,55	66.812,57	0,00	0,00	9.501.627,01
1997	10.633.257,15	17.921,17	227.578,27	351.168,91	0,00	11.229.925,50
1998	10.283.975,23	52.874,68	503.088,81	1.708,71	6.776.693,18	17.618.340,61
1999	11.330.413,69	41.117,39	426.988,85	0,00	10.896.718,30	22.695.238,23
2000	14.024.086,83	29.927,03	396.036,25	0,00	11.703.430,76	26.153.480,87

Fonte: Secretaria do Tesouro Nacional

Quadro 4 – Transferências do Fundo Nacional de Saúde – excluídos os convênios – para o Município de Vitória da Conquista a partir da descentralização (valores expressos em reais) – 1998 a 2001

<i>Ano</i>	<i>Recursos Transferidos pelo FNS</i>
1998	2.531.762,10
1999	8.154.826,33
2000	23.286.945,51
2001	31.935,157,53

Fonte: Secretaria de Atenção à Saúde (MS)

Gráfico 1 – Transferências constitucionais para o Município de Vitória da Conquista (valores expressos em reais) – 1996 - 2000

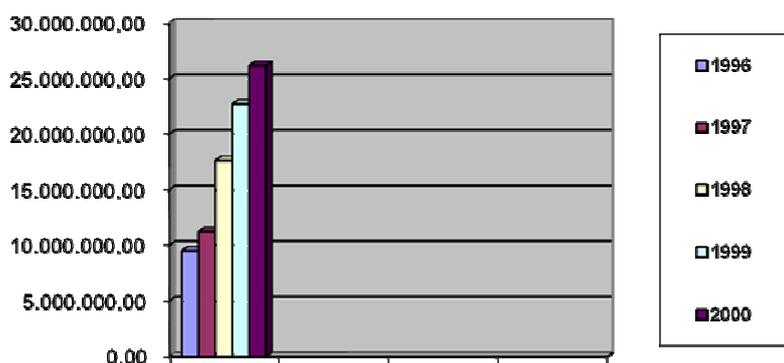
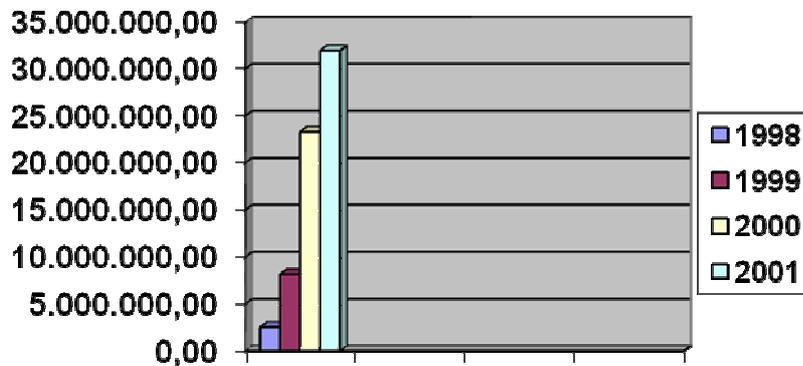


Gráfico 2 - Transferências da União para o setor de saúde do Município de Vitória da Conquista a partir da descentralização (valores expressos em reais) – 1998 a 2001⁶



Com o dinheiro novo vindo do FUNDEF, garantindo aporte de capital para a educação, e com os ventos da descentralização soprando, o gestor procurou se instrumentalizar para conseguir obter a municipalização do sistema de saúde. Busca, para isso, a assessoria de um dos mais respeitados sanitaristas do país, David Capistrano Filho, falecido em 2000, ex-secretário de Saúde e ex-prefeito de Santos-SP, que na ocasião coordenava, em São Paulo, o Projeto QUALIS, nome dado, no estado, ao Programa Saúde da Família e Programa Agentes Comunitários de Saúde.

Em fevereiro de 1998 o município se qualifica na Gestão Plena da Atenção Básica e começa a receber os recursos do Piso de Atenção Básica, PAB, um repasse mensal direto que sai do Fundo Nacional de Saúde para os fundos municipais e que tem por base um valor definido pelo número de habitantes, além de outros recursos, previstos na NOB/96, como o incentivo

⁶ Os dados da saúde só estão disponibilizados a partir de 1988, por isso os anos anteriores não foram contemplados na tabela e no gráfico.

Os convênios para a implantação de unidades de saúde e aquisição de equipamentos permanentes não estão contemplados nesses dados.

aos Programas de Saúde da Família (PSF) e de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), que prevê acréscimo percentual do PAB de acordo com a população atendida e o Teto Financeiro da Assistência do Município (TFAM), um montante que corresponde ao financiamento do conjunto das ações assistenciais assumidas pela Secretaria Municipal de Saúde.

Obtida a Gestão de Atenção Básica, o município definiu as estratégias de atendimento. O Programa Saúde da Família foi definido como prioritário dentro do Plano Municipal de Saúde (1998-2001), “elaborado através de fóruns populares coordenados pelo Conselho Municipal de Saúde”, (Solla; Teixeira, 2006, p. 177). Mas antes da implantação do PSF, foi instituído o PACS - Programa Agentes Comunitários de Saúde - que teve sua primeira seleção de agentes em abril de 1998. Cinco meses depois, em setembro, o Programa Saúde da Família era implantado. Como determinado pelo Ministério da Saúde, as primeiras unidades foram construídas na periferia da cidade e na zona rural. Até dezembro de 1998 cinco equipes tinham sido implantadas. Este número chega a 31 em abril de 2002. Atualmente Vitória da Conquista possui com 38 equipes de Saúde da Família.

A atuação na área de saúde, que conta com inúmeros serviços como a Central de Marcação de Leitos, Centro de Referência em DST/Aids, UTI neonatal e Centro de Especialidades Médicas, foi um dos principais motivos para a manutenção do Partido dos Trabalhadores no poder. Há 12 anos o PT governa o município, e vai manter-se assim até 2012: Guilherme Menezes foi eleito para comandar o destino dos conquistenses em outubro do ano passado. É a terceira vez que assume o cargo.

2.1 - Conselho Municipal de Saúde: exercício democrático ou controle sobre o controle?

O Conselho Municipal de Saúde de Vitória da Conquista foi criado em 1991, através da Lei 584, na gestão do prefeito Murilo Mármore, em conformidade com as leis federais 8080 e 8142, sancionadas um ano antes, que determinavam a participação dentro do Sistema Único de Saúde⁷.

No entanto, em 1996, a Lei Orgânica do município volta, estranhamente, a determinar, no seu artigo 126º, a criação do Conselho:

Será criado **um** (grifo nosso) Conselho Municipal de Saúde, órgão deliberativo, constituído de representantes de entidades profissionais de saúde, prestadores de serviços sindicais, associações comunitárias, Comissão de Saúde da Câmara e gestoras do Sistema de Saúde, na forma da Lei que regulamentará a matéria no prazo de cento e oitenta dias após a promulgação desta Lei Orgânica. (Lei Orgânica do Município de Vitória da Conquista, 1996, artigo 126º)

A Lei Orgânica, no entanto, limitou o Conselho como órgão deliberativo esquecendo-se de que a fiscalização é atividade inerente do controle social. Seu funcionamento também não era efetivo.

⁷ **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. 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.

Para garantir a Gestão Plena da Atenção Básica, o governo eleito em 1996 precisava comprovar o efetivo funcionamento do Conselho Municipal de Saúde, exigência prevista na NOB/96, o prefeito apresenta em dezembro de 1998 o Projeto de Lei 768, que regulamenta as funções do Conselho Municipal e lhe concede status de fiscalizador, como determinam as normas federais.

Com a Lei, o número de conselheiros e as instituições participantes ficam definidos, e o CMS passa a ser reconhecido como instância colegiada da direção municipal do Sistema Único de Saúde em Vitória da Conquista.

“O Conselho Municipal de Saúde é Órgão permanente, de caráter deliberativo e fiscalizador, constituído por onze representantes de órgãos prestadores de serviços de saúde e onze representantes de entidades de usuários de serviços de saúde, nomeados por ato do Chefe do Executivo”.
(Lei 768, 1998, artigo 15º)

A escolha dos conselheiros se dá por indicação do órgão ou organização da qual ele faz parte. Não há remuneração e, como acontecia em boa parte do país, a Lei em tela determina que o presidente do Conselho seja o secretário Municipal de Saúde⁸.

Como instância colegiada da direção municipal do SUS, juntamente com a Conferência Municipal de Saúde, o Conselho Municipal tem suas competências definidas no artigo 7º da Lei:

⁸ Em respeito à Resolução 333/03, do CNS, o Conselho Nacional de Saúde promoveu sua primeira eleição para presidente, elegendo o farmacêutico Francisco Batista Júnior, que assume a atual gestão.

A Resolução 333/03 do Conselho Nacional de Saúde determina que os presidentes dos Conselhos em todos os níveis sejam eleitos entre os membros em reunião plenária. Em Vitória da Conquista apenas os secretários de Saúde ocuparam o cargo desde a formação do CMS até os dias atuais.

- I – Planejar, organizar e avaliar as ações e serviços de saúde (...);
- II – Participar do planejamento, da programação e da organização da rede regionalizada e hierarquizada do Sistema Único de Saúde – SUS, em articulação com sua direção estadual;
- III – Participar da execução, do controle e da avaliação das ações referentes às condições e aos ambientes de trabalho;
- (...)
- XI – Controlar e fiscalizar os procedimentos dos serviços públicos de saúde no seu âmbito de atuação. (Lei 768, 1998, artigo 7º)

Originariamente o Conselho Municipal era composto por 22 membros, 11 representantes dos usuários e 11 representantes de prestadores de serviços de saúde incluindo membros do governo municipal e estadual.

Na representação dos prestadores estavam, segundo a Lei, listados: um representante da Secretaria Municipal de Saúde, um representante da Diretoria Regional de Saúde (Governo do Estado), um representante da Secretaria Municipal de Educação e Cultura, um representante de entidades filantrópicas prestadoras de serviços, um representante da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, um representante de entidades particulares conveniadas ao SUS, quatro representantes dos trabalhadores de saúde - odontólogos, enfermeiros, farmacêuticos e um sindicato ligado aos trabalhadores da área da saúde - e um representante da Empresa Baiana de Água e Saneamento, EMBASA.

Os representantes dos usuários foram definidos legalmente como: três representantes de associações de moradores, um representante do Sindicato dos Trabalhadores Urbanos, um representante do Sindicato dos Trabalhadores Rurais, um representante da Igreja Católica, um representante das igrejas evangélicas, quatro representantes de ONGs ou associações que representam “*deficientes físicos*”, portadores de patologias crônicas e usuários de substâncias psicoativas.

A paridade dos conselhos se dá, de acordo com a Resolução 333/03 do Conselho Nacional de Saúde, e mantendo a Resolução 33/92 do CNS, “com a representação de 50% de entidades de usuários, 25% de entidades dos trabalhadores da Saúde e 25% de representação de governo, de prestadores de serviços privados conveniados, ou sem fins lucrativos”.

Em 1999 é formalizado o Regimento do Conselho Municipal de Saúde e a participação, revista, contendo, a partir daí, algumas alterações em relação à Lei 768. A Secretaria Municipal de Educação e Cultura foi retirada do Conselho e o lugar, ocupado por mais três representantes da Secretaria Municipal de Saúde, além da presidente, no caso a secretária ou secretário de Saúde. Obviamente que alguns desses membros são suplentes. No entanto, todos eles são definidos como conselheiros nas atas do Conselho, e muitas vezes, mesmo sendo irregular, já que o suplente deve suprir a ausência do titular, os quatro participaram juntos de uma mesma reunião como representantes da Secretaria. Desta forma, a revisão permitiu que a Secretaria de Saúde se tornasse, isoladamente, a instituição com maior número de representantes ativos.

As associações de moradores foram retiradas, assim como as ONGS, entrando no lugar das primeiras a Federação das Associações de Moradores (posteriormente, já na década de 2000 a União das Associações de moradores também seria incluída). Com o regimento de 1999 a participação ficou assim definida:

- Dois representantes da Secretaria Municipal de Saúde;
- Um representante da Secretaria Estadual de Saúde – 20ª Dires;
- Um representante da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia – Uesb;
- Um representante da Empresa Baiana de Águas e Saneamento – Embasa;
- Um representante da Associação Baiana de Odontologia – ABO;

- Um representante do Setor Privado de Saúde – Sindicato dos Hospitais e Estabelecimentos de Saúde da Região Sudoeste da Bahia;
- Um representante dos Farmacêuticos e Bioquímicos – ASFARMA;
- Um representante do Conselho Regional de Enfermagem – COREN;
- Um representante do Conselho Regional de Medicina – CREMEB;
- Um representante de entidades de usuários do serviço de saúde;
- Dois representantes da Câmara de Vereadores;
- Um representante do Sindicato dos Trabalhadores Urbanos;
- Um representante do Sindicato dos Trabalhadores Rurais;
- Um representante de entidades de áreas especiais de saúde (Associação de Pacientes e Transplantados Renais);
- Um representante de clubes de Serviço – (Rotary Clube);
- Um representante de entidades religiosas;
- Um representante de entidades filantrópicas (Cáritas Brasileira)
- Um representante da Federação Municipal de Associações de Moradores de Conquista – FEMANC.

A mudança que mais salta aos olhos é a inclusão de representantes da Câmara de Vereadores como conselheiros na categoria de usuários, ignorando a independência dos poderes. Como vimos no capítulo anterior, o Conselho Municipal de Saúde é órgão do Poder Executivo, não podendo admitir membros do Judiciário ou do Legislativo. A gravidade ainda se encerra no fato do prefeito ter maioria na Câmara de Vereadores⁹ e o presidente da Casa ser seu aliado político.

⁹ A maioria da Câmara só foi conquistada pelo Governo Municipal após as eleições de 2000.

A busca pela transparência das informações gerou a tabela que apresentamos a seguir, retirada do site da Secretaria de Saúde do Estado da Bahia no endereço eletrônico http://www.saude.ba.gov.br/CIB/conselho_municipal.asp?CodCMS=786, e publicada a partir de informações da Secretaria Municipal de Saúde de Vitória da Conquista. Como podemos observar, seja por falha na confecção, seja por outros motivos quaisquer, os dados apresentam representantes de conselhos de classe e da Câmara de Vereadores como usuários.

Num outro equívoco apresenta os sindicatos dos Trabalhadores e dos Estabelecimentos de Saúde da Região Sudoeste da Bahia como governo. Transcrevemos, abaixo, o quadro tal qual apresentado no site da Secretaria Estadual de Saúde do Estado da Bahia.

Composição:

Secretaria Municipal de Saúde	Governo
Secretaria Municipal de Saúde	Governo
SESAB-20ºDIRES	Governo
Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia	Governo
Empresa Baiana de Água e Saneamento	Governo
Associação Baiana de Odontologia	Usuário
Setor Privado de Saúde-Sindicato dos Trabalhadores e Estabelecimentos de Saúde da Região Sudoeste da Bahia	Governo
Farmacêuticos Bioquímicos	Trabalhador
Conselho Regional de Enfermagem-COREM	Usuário
Conselho de Medicina do Estado da Bahia-CREMEB	Usuário
Associação de Moradores	Usuário
Câmara dos Vereadores	Usuário
Câmara dos Vereadores	Usuário
Sindicato dos Trabalhadores Urbanos	Usuário
Sindicato dos Trabalhadores Rurais	Usuário
Entidades e Áreas de Saúde Especiais	Usuário
Clubes de Serviços-Rotary Clube	Usuário
Entidades Religiosas	Usuário
Entidades Filantrópicas	Usuário
Federação de Associações de Moradores de Vitória da Conquista	

Fonte: Secretaria de Saúde do Estado da Bahia

No panorama geral, ao internauta leigo dá-se a impressão de que a representação do usuário é muito mais ampla do que demonstra a realidade, e que o governo municipal está encolhido no conselho. Em verdade, cresceu. Além da Câmara, conta com o apoio da Secretaria Estadual de Saúde e da Embasa¹⁰, já que o Estado está nas mãos do mesmo grupo político que administra o município, no caso o Partido dos Trabalhadores. Exceção é a Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, cuja atual administração não possui vínculos partidários ou políticos com o governo municipal, mas com o adendo de que o conselheiro representante da UESB, Ubirajara Ramos Cairo, é funcionário da prefeitura há 22 anos.

Apesar da representação, aparentemente, obedecer aos critérios paritários de usuários, prestadores, trabalhadores em saúde e governo é importante salientar que, de acordo com a avaliação realizada nas atas do Conselho, referentes ao ano de 2007, pelo menos três representantes dos trabalhadores em saúde faziam, ou fazem, parte dos quadros da Secretaria Municipal de Saúde como coordenadores ou gerentes: a representante da Associação dos Farmacêuticos, o representante da Associação Baiana de Odontologia, e a representante do Conselho Regional de Enfermagem e que também ocupava, à época, cargo de gerência na Secretaria de Saúde.

Todos os cargos são de confiança e muitos conselheiros citados acima, filiados ao PT. O aparelhamento político dos Conselhos não é um fato isolado em Vitória da Conquista, ele foi observado por Dagnino, ao analisar o Conselho Cearense dos Direitos da Mulher:

(...) as representantes da sociedade civil no Conselho foram indicadas por sua vinculação não com o movimento de mulheres, mas com os partidos políticos. Instâncias tradicionalmente privilegiadas de representação e aglutinação de interesses, neste caso os partidos conseguiram manter esse privilégio e colocar também sob seu controle a representação da sociedade civil (...). (Dagnino, 2002, p.291)

¹⁰ O Governo do Estado só passou ao controle do PT em após as eleições de 2006.

Para além dessa relação política e funcional existe a relação entre os poderes Legislativo e Executivo: uma das representantes da Câmara Municipal é filiada ao PT e exerceu o cargo de secretária Adjunta de Saúde no primeiro governo de Guilherme Menezes. Acresce ainda o fato do vice-presidente também ser dos quadros da Secretaria Municipal de Saúde, concentrando, dessa forma, o poder e o controle do Conselho nas mãos do Governo Municipal e não da comunidade.

A confirmação dessa participação de cargos de confiança e funcionários da Secretaria de Saúde no Conselho é documental. Está registrada na ata da 2ª reunião ordinária do Conselho Municipal de Saúde realizada em quatorze de fevereiro de 2007. As palavras abaixo, transcritas textualmente, são da secretária Municipal de Saúde e presidente do Conselho Municipal de Saúde, em relação à polêmica levantada na plenária sobre a participação de membros de dada comissão na fiscalização da instituição a qual pertencem. Ela se refere a conselheiro atuante que representa classe profissional:

“(...) jamais poderia fazer parte de uma comissão que fosse verificar contas da Secretaria de Saúde porque ela, embora represente o trabalhador de saúde, enquanto COREN, mas (sic) é membro do Governo, é funcionária e faz parte da Gestão”.

Essa confirmação registrada em ata mostra uma incongruência: se a representante do COREN não pode fiscalizar as contas da Secretaria de Saúde por ser membro do Governo, como pode participar do Conselho Municipal de Saúde? De que forma irá garantir isenção em um Conselho que fiscaliza as contas e as ações de saúde do Governo do qual faz parte? Como garantir que irá votar de acordo com os interesses de sua classe ou da comunidade e não, pela relação funcional e de confiança existente, de acordo com os interesses da Prefeitura? Um dado que lança por terra a questão da paridade dentro do Conselho:

(...) o princípio da paridade tende, pelas próprias características de nossa cultura política, a se traduzir em vantagens para o governo, trazendo profundos desequilíbrios para o processo decisório. (Dagnino, 2002, p.59)

A aparente desigualdade do Conselho Municipal de Saúde de Vitória da Conquista vai além: um representante da União das Associações de Bairros de Vitória da Conquista possui cargo de confiança no Hospital Geral de Vitória da Conquista. Antes do cargo o conselheiro fazia ferrenha oposição ao Governo Municipal. Como questionava, constantemente, as ações do Governo. Depois que recebeu o cargo passou a apoiar a administração do Município. Vale frisar que o Hospital Geral de Vitória da Conquista é da rede estadual, mas desde as últimas eleições estaduais, em 2006, está integralmente associado aos membros do Governo Municipal.

Foi nesse período, pós 2006, que o conselheiro assumiu o cargo no Hospital Geral. Esta é uma ação comum dos governos, como bem demonstrado por Marsiglia ao citar Lucchesi:

(...) a burocracia foi desenvolvendo um poder próprio, tornando-se importante ator a dinâmica política, pois pelo emprego público cooptavam-se opositores, pagava-se favores, ocupava-se setores das camadas médias. (Marsiglia, 1993, p.100)

Jacobi faz análise parecida ao falar, também, da participação social brasileira e internacional:

A análise dos processos existentes está permeada pelos condicionantes da cultura política, tanto do Brasil como dos demais países da América Latina, marcados por tradições estatistas, centralizadoras, patrimonialistas e, portanto, por padrões de relação clientelistas, meritocráticos e de interesses criados entre Sociedade e Estado. (Jacobi, 2002)

Outro detalhe, os trabalhadores em saúde de nível médio não fazem parte do Conselho. Na iniciativa privada são representados pelo Sindicato dos Estabelecimentos de Saúde da Região Sudoeste, ou seja, o sindicato patronal. Os que trabalham em instituições públicas sequer são

mencionados. Sua representação, ao que parece, fica a cargo das instâncias superiores: secretarias de Saúde do Estado e do Município.

Com este grupo de representantes é possível inferir que o controle exercido dentro do Conselho Municipal de Saúde está nas mãos do Governo Municipal, já que pelo menos treze conselheiros são aliados ou possuem/possuíram cargos de confiança na administração petista. Os representantes das outras categorias que, aparentemente, não possuem registro de vínculo com a administração somam dez conselheiros representando dez entidades. A Secretaria de Saúde possui sete entidades aliadas, sem contar com os votos de seus próprios conselheiros. Além disso, o número de conselheiros das entidades aliadas é maior: a Secretaria possui quatro representantes, a Câmara dois e no caso da representação dos farmacêuticos e bioquímicos foi registrado que em algumas reuniões iam dois representantes, ambos atuando como conselheiros, apesar de um ser suplente.

Vale ressaltar que algumas entidades raramente comparecem às reuniões do Conselho, como é o caso do Sindicato dos Trabalhadores Rurais, e, no caso das instituições ligadas ao Governo do Estado, a Embasa, Empresa Baiana de Saneamento, jamais compareceu às reuniões do Conselho no ano de 2007, conforme demonstra o quadro a seguir:

Quadro 5 – Participação, por instituição em número de representantes, das reuniões do Conselho Municipal de Saúde de Vitória da Conquista no ano de 2007

Meses	Jan	Fev	Mar	Abril	Maió	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez
Instituições												
Sec.Mun. Saúde	04 03	03	03	03	03	X	04 04	03 02	X	02	X	02
Sec. Est. Saúde	01 01	01	0	0	0	X	01 0	01 01	X	0	X	01
Uesb	01 01	0	01	0	0	X	0 01	01 01	X	01	X	01
Embasa	0 0	0	0	0	0	X	0	0	X	0	X	0
ABO	01 01	0	01	02	01	X	01 01	0	X	01	X	0
Sind. Estabelecimentos	01 01	0	01	01	01	X	01 0	01 0	X	01	X	01
Farmacêuticos Bioquímicos	01 01	01	02	01	01	X	0 0	02 01	X	02	X	01
COREN	0 0	01	01	01	01	X	01 01	0 01	X	01	X	0
CREMEB	0	01	01	0	01	X	0 0	0 0	X	01	X	0
Fed. Associação de Moradores	0 0	0	01	01	01	X	01 01	01 01	X	01	X	0
Câmara de Vereadores	0 0	01	0	01	0	X	0 01	01 01	X	0	X	01
Sind. Trab. Urbanos	01 01	01	0	01	01	X	0 01	01 0	X	0	X	01
Sind. Trab. Rurais	0 0	01	0	0	0 01	X	01	0	X	0	X	0
Ent. e Áreas de Saúde Especiais	01 01	01	01	01	01	X	01	01	X	01	X	01
Entidades religiosas	01 01	01	01	01	01	X	01 01	01 0	X	01	X	01
Entidades filantrópicas	01 01	02	0	01	0	X	0 01	0 01	X	01	X	01
União de Assoc. de Moradores	01 01	01	01	01	01	X	0 0	0 01	X	0	X	01
Rotary Clube	01 01	01	01	01	01	X	0 01	01 01	X	01	X	01
Ausências	06 05	02 03	03 05	02 03	03 02	X	08 08	04 08	X	05 02	X	03 03
Presenças	15 15	08 07	08 07	09 07	07 08	X	14 11	16 14	X	07 07	X	06 08

Fonte: Atas das reuniões do Conselho Municipal de Saúde – Vitória da Conquista, 2007

Referências:

Em vermelho: Conselheiros que possuem alguma ligação com o Governo Municipal

Em Azul : Conselheiros sem aparente ligação com o Governo Municipal.

No meses de janeiro e julho foram realizadas duas reuniões: uma ordinária e uma extraordinária. As presenças e ausências computadas são a soma dos dois encontros.

No mês de agosto foram realizadas duas reuniões ordinárias. As presenças e ausências computadas são a soma dos dois encontros.

No mês de setembro não houve reunião.

Por uma falha a ata do mês de novembro não foi entregue pela secretária do Conselho.

2.2 – Conselhos Locais de Saúde: 10 anos de implantação

Se, de acordo com a Prefeitura de Vitória da Conquista,

(...) o Conselho Municipal de Saúde fiscaliza o cumprimento da legislação referente ao funcionamento do SUS, analisa os indicadores do nível de saúde para formulação de políticas que atendam à maioria da população, sugere prioridades e estratégias de ação, propõe mecanismos de fiscalização, avaliação e controle, para assegurar o aperfeiçoamento contínuo do sistema. Tem também a atribuição de criar comissões técnicas para discutir temas específicos, apresentar sugestões, examinar críticas, sugestões e denúncias encaminhadas. (www.pmvc.com.br/v1/pmvc.php?pg=content&id=147).

Os conselhos locais têm a responsabilidade de:

(...) acompanhar, avaliar e fiscalizar os serviços de saúde oferecidos pelo Município, incentivando as comunidades locais a participarem das atividades desenvolvidas para a promoção da saúde. (...) Eles têm poderes para definir prioridades locais de atenção à saúde, fiscalizar a aplicação das políticas e do Plano Municipal de Saúde, além de elaborarem propostas e sugestões para o Conselho e para a Conferência Municipal de Saúde. (www.pmvc.com.br/v1/pmvc.php?pg=content&id=147).

As diferenças são claras, enquanto o Conselho Municipal controla a saúde de uma forma global no município - incluindo a fiscalização e a formulação das políticas para a área -, os Conselhos Locais, ou de Unidades de Saúde, atuam na esfera adstrita à localidade e, pontualmente, podem avaliar os serviços oferecidos em outras unidades municipais de saúde, como as de média e alta complexidade. Por não terem mandato

constitucional, não possuem poder de veto, (Schattan) como os Conselhos Municipais. Também não atuam diretamente na formulação de políticas, mas podem elaborar e apresentar propostas nesse sentido para as instâncias superiores: Conselho Municipal e Conferência de Saúde. Mas será que isso se dá de fato?

Os Conselhos Locais de Saúde começaram a ser implantados, em Vitória da Conquista, no ano de 1999. Nenhuma das autoridades responsáveis pelo setor soube informar como se deu a criação, se por decreto ou através de lei. Todas as pessoas consultadas remetiam à enfermeira Stael Gusmão, que coordenou a implantação dos Conselhos no município e que já não mora mais em Vitória da Conquista. Foi possível realizar contato telefônico e via e-mail com a enfermeira, que reside em Salvador. De acordo com a Stael Gusmão a decisão de formar os Conselhos Locais foi do Conselho Municipal de Saúde, que tinha à época como presidente o ex-secretário de Saúde de Vitória da Conquista, atual secretário de Saúde do Estado da Bahia e ex-secretário Nacional de Saúde na gestão do ministro Humberto Costa.

À época da implantação dos Conselhos Locais as reuniões do Conselho Municipal ainda não estavam completamente organizadas do ponto de vista burocrático e as atas do período, ao que foi informado, não foram elaboradas. Portanto não existem, ou, em última análise, não foram encontradas. Desta forma, o único registro que nos aponta para o início da implantação dos Conselhos de Unidades de Saúde de Vitória da Conquista é o relato de Gusmão. Como não pode ser confirmado através de documentos iremos trabalhar com a versão da enfermeira: os Conselhos Locais surgiram por determinação do Conselho Municipal.

A primeira etapa do processo de implantação em Vitória da Conquista se deu com a sensibilização das equipes do PSF. Elas aprenderam sobre a importância da participação social e do controle social, mas isso sob a ótica do fortalecimento do SUS. No trabalho, feito através de uma oficina com abordagem teórica, foi firmada uma agenda de compromissos sobre o que

deveria ser feito para garantir o processo de implantação do Conselho, onde o eixo principal seria o estímulo à participação da comunidade.

A seguir foram realizadas reuniões com as lideranças locais das áreas onde as unidades do PSF estavam em funcionamento. Como secretária de Comunicação do Município, pude acompanhar algumas dessas reuniões que, se eram uma novidade para a comunidade, eram também uma novidade para os técnicos e gestores da prefeitura.

As reuniões aconteciam de forma simples, sem nenhum aparato mais elaborado. Eram dadas explicações sobre o SUS, sobre o controle social e tentava-se sensibilizar a comunidade, no caso as lideranças locais, a participar do processo. Podiam ser realizadas em salões de igreja, escolas do Município ou associações de moradores. Eram grupos de, no máximo, 20 pessoas.

Realizadas as reuniões nas comunidades – e após o I Encontro dos Conselheiros Locais de Saúde, assunto que abordaremos mais adiante -, a Secretaria Municipal de Saúde e o Conselho Municipal de Saúde elaboraram a proposta de Regimento Interno para os Conselhos Locais, datado de dezembro de 2000:

O presente regimento visa regulamentar e estruturar as atividades do Conselho Local de Unidades de Saúde, buscando garantir a responsabilidade e compromisso por parte dos integrantes em relação às propostas para a atuação na Unidade. (Proposta de Regimento para Conselho Local e Saúde, 2000, p. 02)

Os Conselhos Locais de Vitória da Conquista surgiram tendo as mesmas diretrizes dos Conselhos Nacional, Estadual e Municipal de Saúde. A paridade estava prevista, mas limitada a usuários e funcionários das unidades do PSF, já que os órgãos de entidades de classe possuíam assento no Conselho Municipal. Isso não impediria que representantes de instituições ligadas aos portadores de patologias participassem do Conselho. No entanto,

ele estaria lá como representante da comunidade e não da instituição da qual faria parte.

Dessa forma, de acordo com o artigo 5º do Regimento, os Conselhos Locais seriam formados por:

- I – Um representante de nível superior, de nível médio e um de nível elementar da Unidade de Saúde, com seus respectivos suplentes, eleitos pelos servidores da Unidade;
- II – Representantes de usuários legalmente eleitos em assembléia popular;
- III – O Conselho Local deverá ter composição paritária entre prestador municipal e usuários, com o número de (06) seis membros, sendo (03) prestadores e (03) usuários;
- IV - Os membros titulares e suplentes do Conselho Local serão eleitos entre seus pares;
- V – A eleição do Conselho Local deverá ser referendada pelo Conselho Municipal de Saúde através da Ata de formação e nomeação do CLS e relatórios mensais simplificados;
- VI – Na ausência ou impedimento do representante titular haverá a substituição por seu respectivo suplente. (Proposta de Regimento Interno para Conselho Local de Unidades de Saúde, 2000, p. 03).

Em 2001 foi criado o Curso de Formação de Conselheiros. Os conselheiros são inscritos logo após assumirem o mandato, mas precisam aguardar a realização do curso, que acontece anualmente. Com carga de 170 horas, nele são ministradas aulas sobre a administração pública, Legislação do SUS e funcionamento dos Conselhos. Além disso, sempre que necessário são realizados mini-cursos, ministrados por técnicos da Secretaria de Saúde na própria Unidade.

Atualmente, o número de conselheiros não obedece a regras tão rígidas como a prevista no inciso terceiro. Existem Conselhos com até 16 membros, outros com oito. Até meados do ano passado, Vitória da Conquista possuía 272 conselheiros na zona urbana e 340 na zona rural, incluindo os suplentes.

As eleições permanecem sendo realizadas como previsto no Regimento produzido há 10 anos. O mandato tem duração de dois anos, podendo ser renovado por igual período. O edital das eleições é lançado com 60 a 30 dias antes do pleito. Durante este período equipe do PSF e técnicos da Secretaria de Saúde realizam reuniões com as comunidades para informar da importância da participação nos Conselhos e explicando o seu funcionamento.

O processo consiste, na realidade, de três eleições. A dos funcionários, a dos usuários e uma terceira para a escolha do presidente, vice-presidente e secretários. A eleição dos funcionários das unidades é vetada aos usuários. Votam apenas os trabalhadores, dos médicos aos agentes de saúde.

A eleição dos conselheiros usuários, por sua vez, não conta com a participação dos funcionários das equipes como eleitores. O voto é restrito aos membros da comunidade. Esta eleição pode acontecer em dois formatos: aberto ou fechado.

Na eleição aberta, realizada em geral nas reuniões do Conselho, os candidatos se apresentam, informam o motivo pelo qual querem ser conselheiros e são escolhidos na mesma reunião. Este tipo de eleição ocorre, normalmente, na zona rural do município, onde as distâncias maiores dos lugarejos para a sede são um empecilho que pode comprometer o resultado da eleição. Como nos dias de reunião sempre há usuários presentes, já que os encontros acontecem durante o horário de expediente das Unidades, a eleição se dá com quem estiver no local. No entanto, em algumas localidades da zona rural, onde a facilidade de deslocamento é maior, podem ser realizadas eleições fechadas, com data marcada, divulgação antecipada e com a urna à disposição dos eleitores na sede do distrito.

Nas eleições fechadas, organizadas na zona urbana, a urna fica na própria Unidade de Saúde. O processo ocorre durante todo o dia e ao final

do expediente os votos são contados. Nos dois processos a escolha dos candidatos não é alterada: os mais votados são eleitos titulares, os menos votados, suplentes.

Definidos os conselheiros dos usuários e dos profissionais da equipe, além dos suplentes, é feita uma nova eleição, desta vez em assembléia do Conselho Local, para a escolha do presidente, vice-presidente e dos 1º e 2º secretários.

Junto com os demais conselheiros eleitos são essas quatro pessoas que trazem nas mãos a atribuição de fazer o Conselho funcionar. Um pequeno grupo de em média dez cidadãos que têm, entre outras, a tarefa de mobilizar uma comunidade inteira no sentido de participar das ações desenvolvidas no setor de saúde em sua localidade, como explicitado no artigo 4º do Regimento:

São competências do Conselho Local:

I - Acompanhar, avaliar e fiscalizar os serviços de saúde oferecidos à população na área de abrangência de acordo com a concepção de saúde no que diz respeito a atenção à qualidade geral de vida, medidas de prevenção e serviços de assistência médica.

II – Mobilizar a comunidade local para participar das atividades desenvolvidas visando à promoção, prevenção e proteção à saúde.

III – Definir prioridades locais de atenção à saúde.

IV – Fiscalizar a aplicação das políticas de saúde e do Plano Municipal de Saúde.

V – Elaborar propostas e sugestões para o Conselho Municipal de Saúde e para a Conferência Municipal de Saúde. (Proposta de Regimento Interno para Conselho Local de Unidades de Saúde, 2000, p. 02).

Uma tarefa difícil, visto que os conselheiros não possuem instrumentos nem recursos necessários para garantir essa mobilização comunitária. Contam, para isso, com o apoio da Secretaria de Saúde, mas apenas no tocante às reuniões mensais do Conselho. Neste período são disponibilizados carros de som, faixas e cartazes, que são afixados nas principais lojas comerciais da comunidade e nas unidades de saúde. As

igrejas também são buscadas para passar informes aos fiéis. Há, ainda, a comunicação verbal feita pelos profissionais de saúde e os conselheiros usuários.

Para agravar a situação, a tradição brasileira não é de participação, mas sim de aceitação. Décadas de política autoritária e de clientelismo forjaram personalidades que aguardam que as coisas aconteçam, aceitam sem maiores problemas o que for estabelecido, ou esperam algum retorno material para qualquer ação que tenham que participar.

Dessa forma o “órgão de deliberação coletiva” (Regimento dos Conselhos, p. 02) se transforma, em realidade, num órgão que toma decisões sem a participação da comunidade. Um grupo limitado de pessoas, dos quais 50% fazem parte dos quadros da Secretaria de Saúde através de contratos sem estabilidade, o que permite demissão a qualquer momento, o que nos remete a uma dúvida: é possível fiscalizar havendo a possibilidade, mesmo que remota, de se perder o emprego?

Por outro lado, os 50% restantes são ligados aos profissionais de saúde que fazem parte do Conselho. Seja apenas pelo vínculo profissional de saúde-usuário, seja por laços de afinidade, seja pela relação desenvolvida no Conselho. Mas são usuários que dependem de um sistema. Em geral pessoas simples que vêem médicos, dentistas e enfermeiras como condutores e não como parceiros de um processo de construção. Mais uma vez a relação de poder entra no jogo e a vulnerabilidade do usuário é o fiel da balança. É possível discordar ou discutir, até mesmo entrar em atrito por divergência de opinião, com aqueles que no dia-a-dia são responsáveis pelo nosso atendimento de saúde? Aqueles que muitos vêem como seres superiores, os doutores, os que detêm o conhecimento.

O grande desafio presente nas experiências participativas É construir mecanismos capazes de minorar os efeitos das desigualdades sociais no interior dos processos deliberativos, de forma a permitir que a construção de acordos não esteja sujeita à influência de fatores endógenos como o poder, a riqueza ou as desigualdades sociais pré-existentes. (Dagnino, 2002, p.71)

2.2.1 – Começo, fim e recomeço

Em 2008, Vitória da Conquista possuía Conselhos Locais em 100% das unidades de saúde tanto na zona rural, quanto na urbana. Ao todo são 35 conselhos, 15 no interior do município e 20 na sede. Mas nem sempre foi assim. Desde o início da implantação do controle social nas localidades, em 1999, vários Conselhos locais deixaram de funcionar. Isso foi demonstrado em fevereiro de 2007 através de um levantamento feito pela Secretaria de Saúde. Os dados mostraram que apenas 47% dos Conselhos funcionavam com regularidade e 38% das unidades não possuíam Conselhos. O restante funcionava sem regularidade, realizando reuniões esporádicas e sem quórum; ou estavam em fase de implantação.

A maioria das unidades que não possuía Conselho já tinha experimentado o controle social no passado, visto que até 2007 apenas duas unidades nunca haviam implantado o Conselho Local: a da localidade de Pradoso, na zona rural, e a Unidade Régis Pacheco, na zona urbana. Isso demonstra que boa parte dos Conselhos se desfez com o passar dos anos.

No diagnóstico feito em 2007 foram detectados dois problemas para que os Conselhos se extinguissem: a falta de participação da comunidade e a falta de motivação dos profissionais.

Para reverter este quadro de extinção dos Conselhos e restabelecer o funcionamento do controle social local algumas medidas foram tomadas pela Secretaria de Saúde. Em 2008, por exemplo, foi realizada uma oficina de “reencantamento” para os profissionais de saúde das Unidades.

A participação das equipes do PSF nos Conselhos é obrigatória, por ser atribuição do profissional de Saúde da Família e dos agentes comunitários. Com a alta rotatividade - principalmente do profissional médico, listada como outro problema à continuidade dos trabalhos dos Conselhos - e o desestímulo dos profissionais, as oficinas realizadas no início do processo,

em 1999, de implantação não faziam mais eco, e era preciso garantir a motivação aos profissionais, novos ou antigos.

Com a reativação dos Conselhos a engrenagem determinada pela Legislação voltou a funcionar. O controle social estava instalado, os conselheiros eleitos, as reuniões realizadas sistematicamente, mas a participação da comunidade não aconteceu.

Para uma alta funcionária da Secretaria de Saúde o maior problema é que, mesmo passados dez anos da implantação, os “Conselhos ainda estão em fase de amadurecimento”.

A afirmação é válida se levarmos em conta, como foi mostrado, que não foram dez anos ininterruptos e que boa parte dos Conselhos foi reativada há menos de dois anos. Mas as experiências absorvidas pelos técnicos da Secretaria de Saúde nessa década deveriam apontar para caminhos mais sólidos sobre a falência de alguns Conselhos no período anterior a 2008 e a não motivação da comunidade na recente retomada das atividades. A responsabilização da comunidade é sempre o caminho mais curto para justificar deficiências. Os técnicos da Secretaria de Saúde de Vitória da Conquista deveriam beber na fonte de conhecimento acumulado pelos cientistas sociais que ao longo dos anos vêm estudando a participação da comunidade no Controle Social:

A alternativa da participação deve ser vista pela ótica dos níveis de concessão dos espaços de poder e, portanto, pela sua maior ou menor ruptura com estruturas tradicionais, patrimonialistas e autoritárias. Isto configura a possibilidade de os cidadãos assumirem um papel relevante no processo de dinamização da sociedade, e vem reforçar o exercício de um controle mais permanente e consistente dos usuários na gestão da coisa pública, sustentado no acesso à informação sobre o funcionamento do governo da cidade a todos os grupos sociais. (Jacobi, 2002)

A mesma funcionária aponta, ainda como empecilho ao bom funcionamento do controle social, o fato de que a “cultura da comunidade é

falar de questões pessoais. Vão falar do exame delas que não foram marcados, dos filhos delas que não foram atendidos. Do problema dela. É difícil trabalhar com a população o olhar coletivo”, afirma, ao mesmo momento que diz ser necessário criar “estratégias” para garantir a participação popular.

Com a afirmação acima é possível fazer duas reflexões. A primeira é que ao falar da comunidade utilizando-se do gênero feminino a funcionária demonstrou que as reuniões dos Conselhos contam, principalmente, com a presença de mulheres. Detalhe também demonstrado em outro trecho da entrevista quando garantiu serem as enfermeiras as mais envolvidas no processo.

Em segundo lugar vemos que uma década de trabalho não foi suficiente para se definir as estratégias que garantiriam a participação comunitária no Controle Social. A partir de alguns pontos observados tanto na entrevista com a representante da Secretaria de Saúde, quanto com os documentos observados - dos quais as atas das reuniões do Conselho Municipal de Saúde são as mais esclarecedoras - será possível verificar que o maior problema não esteja no desestímulo da comunidade. Ou melhor, talvez o desestímulo da comunidade seja resultado direto da falta de eficácia do Controle Social exercido em Vitória da Conquista no que tange aos Conselhos Locais de Saúde.

2.2.2 – Controle Social Local: dificuldade de participação ou descrença na efetividade do Conselho?

No item anterior vimos que os conselheiros locais recebem treinamento específico visando garantir uma atuação eficaz no controle social. Mas não havia indicações de como esses cursos, desenvolvidos pela Secretaria de Saúde, surgiram em Vitória da Conquista. A própria Portaria 648/2006, que trata da estratégia de Atenção Básica no país e dá as diretrizes para o PSF, não determina a capacitação dos conselheiros, mas apenas das

equipes de Saúde da Família, que devem receber treinamento permanente, e mesmo assim, na parte técnica para a área de saúde.

A resposta está num documento elaborado há nove anos, em 2000, durante o I Encontro de Conselheiros Locais de Saúde de Vitória da Conquista. O Curso de Formação de Conselheiros foi uma das 19 propostas aprovadas durante o evento, quando os conselheiros reivindicaram que:

A Secretaria Municipal de Saúde deve garantir cursos de capacitação para todos os conselheiros (titulares e suplentes), com o objetivo de capacitá-los para o exercício do controle social e repassar informações sobre a conjuntura da política de saúde. (Relatório do I Encontro de Conselheiros Locais de Saúde de Vitória da Conquista, 2000, p. 02)

Foi uma das poucas propostas do encontro levadas a termo ao longo dos anos. A maioria não chegou a sair do papel, como a criação de um fórum permanente de Conselhos Locais de Saúde e o estreitamento dos laços entre o Conselho Municipal e os Conselhos Locais.

O documento também demonstra que, apenas um ano após o início do processo de implantação dos Conselhos, havia problemas de efetivação das decisões tiradas em nas reuniões do controle social local. Prova disso que os itens oito e dez das propostas levantam a questão:

08- Fortalecer o funcionamento dos Conselhos Locais de Saúde para que possam intervir, de forma efetiva, no funcionamento e no controle social dos serviços públicos;

(...)

10-A Secretaria Municipal de Saúde e o Conselho Municipal de Saúde devem apoiar as resoluções levantadas pelos Conselhos locais.

(Relatório do I Encontro de Conselheiros Locais de Saúde de Vitória da Conquista, 2000, p. 02)

O relatório, ainda, mostra uma equação de desequilíbrio entre as ações desenvolvidas, as conquistas e a participação comunitária nos Conselhos Locais. Esses itens, elaborados em forma de quadro, foram, de acordo com o documento, relatado pelos conselheiros. Alguns

dados demonstram que havia conflitos de informação entre as conquistas efetivas dos Conselhos e as melhorias feitas na comunidade através dos órgãos públicos, sejam do Município ou do Estado, e que nada tinham a ver com a movimentação do controle social, como veremos no quadro apresentado a seguir, retirado, na íntegra, do documento.

Quadro 6 – Ações desenvolvidas, conquistas e participação comunitária após um ano de implantação dos Conselhos Locais em Vitória da Conquista – Dezembro de 2000

	A	B	C
	<i>Ações Desenvolvidas</i>	<i>Conquistas</i>	<i>Participação Comunitária</i>
1	Elaboração de propostas para a I Plenária Municipal de Saúde	Mudança na forma de agendamento	Participação ativa da comunidade em período de eleição do Conselho (Urbis VI)
2	Realização de abaixo assinados para a construção da quadra poliesportiva (Urbis VI)	Melhoria no atendimento odontológico nas Unidades	Divisão de tarefas entre conselheiros (Jardim Valéria)
3	Capacitação em Controles Social para as equipes das Unidades	Maior participação comunitária	Participação assídua dos conselheiros suplentes
4	Feiras de Saúde	Organização na coleta de lixo	Participação da comunidade na implantação do PSF
5	Mobilização da comunidade	Liberação de plantas para as casas (Jardim Valéria)	Pouca participação da comunidade nas reuniões do Conselho
6	Participação nos grupos de estudo dos Conselhos	Ligação de Água (Jardim Valéria)	Pouco conhecimento da população a respeito dos conselheiros
7	Levantamento dos problemas de saúde	Ampliação das Unidades da Urbis V, Hugo de Castro Lima e João Melo	Em 2000, aumento na participação da comunidade nas reuniões do Conselho (João Melo)
8	Reuniões mensais dos Conselhos Locais	Ampliação na quantidade de medicamentos dispensados à População	
9	Oficina de Hipertensão (Cae II e Hugo de Castro Lima)	Ampliação do número de vagas no SISVAN	
10	Oficina de mobilização popular com a comunidade (Hugo de Castro Lima)	Ampliação no quadro dos funcionários	
11		Construção da quadra poliesportiva Urbis VI	
12		Ampliação no atendimento	
13		Melhoria na qualidade de atendimentos nas Unidades	
14		Implantação dos postos de coleta nas Unidades	
15		Criação da Unidade da Vila Serrana	
16		Central de Ambulâncias	

A primeira observação que podemos fazer em relação ao quadro é que ele não define, ou define raramente, quem são os atores sociais que atuaram nos três itens apresentados, representados nas colunas A, B e C. Através do tipo de realização poderemos identificar as ações da comunidade, mas sem saber especificamente de qual localidade, exceção para as células A2, A9 e A10. Na célula A5 algumas dúvidas: mobilização por quem e em quais localidades?

A segunda observação é que no item A, aparentemente destinado ao trabalho dos conselheiros, as ações do Governo Municipal também estão inseridas, como no caso das células A3 e A4. Também é fácil constatar que a Participação Comunitária é o item que menos informações possui. O que demonstra que os conselheiros não trouxeram, ou não tinham, dados efetivos sobre a relação da comunidade com o controle social. É importante lembrar, como já apresentamos anteriormente, que a mobilização e sensibilização da comunidade é tarefa específica do Conselho Local.

Mas, em relação ao quadro acima, o que mais nos interessa e chama a atenção é o item B. Ele permitiu que chegássemos a duas conclusões:

Inicialmente é possível comprovar que, através desse item, o quadro desmente, de forma consistente, a informação do relatório de que os dados tinham sido apresentados pelos conselheiros. Ao contrário, grande parte dos dados é de conhecimento específico dos técnicos e gestores municipais. Também não são conquistas, mas obrigação dos municípios com saúde descentralizada. Essas observações nos levam a acreditar que o documento preparado após o I Encontro de Conselheiros Locais de Saúde de Vitória da Conquista não traduz fielmente a participação social, nem o que ocorreu no Encontro. Sua elaboração tendeu a criar ou manter uma imagem positiva do Governo Municipal, demonstrando que pode ter havido manipulação de dados.

A questão número dois é o fato de tal quadro ter sido, hipoteticamente, preparado para apresentar as conquistas relativas ao

trabalho desenvolvido pelo controle social. No entanto o item B insere realizações não relacionadas à atividade dos Conselhos, o que nos leva a concluir que tais ações foram elencadas no quadro para dar visibilidade à atuação da Administração Municipal nas localidades, servindo muito mais de peça de divulgação política do que de fortalecimento do Controle Social.

Para comprovar tais afirmações vamos analisar cada “conquista” apresentada no item B. Inicialmente iremos buscar comprovar a tese de que as informações não partiram dos conselheiros, e sim dos gestores.

Começamos pelo célula B1. A mudança na forma de agendamento das consultas é uma ação do Governo Municipal, através da Secretaria Municipal de Saúde, e é geral, atingindo todas as unidades. Como podemos verificar no item A esta mudança não foi sugerida nem solicitada pelos Conselhos.

O agendamento de consultas é ação que permite maior agilidade, e conseqüente humanização, no atendimento dos usuários, o que é preconizado pelo SUS, e, portanto, obrigação do Poder Público Municipal com saúde descentralizada, cujo não cumprimento poderia resultar na suspensão dos repasses ou mesmo da autorização de funcionamento em Gestão Plena.

É importante salientar que com a descentralização o Ministério da Saúde, pelo menos nos anos iniciais do processo, mantinha constante fiscalização sobre a atuação dos governos¹¹, cujos atos no setor passavam pelo crivo dos técnicos do MS e da Secretaria de Saúde do Estado, à época em oposição com o governo petista de Vitória da Conquista.

¹¹ Por força de cláusula do Termo de Compromisso de Gestão Municipal, o acompanhamento das ações deve ser permanentemente, e seus objetivos, metas e indicadores, revistos anualmente.

A permanência do município na condição de gestão a que for habilitado, na forma desta NOB, está sujeita a processo permanente de acompanhamento e avaliação, realizado pela SES (Secretaria Estadual de Saúde) e submetido à apreciação da CIB, tendo por base critérios estabelecidos pela CIB (Comissão Intergestores Bipartite) e pela CIT (Comissão Intergestores Tripartite), aprovados pelos respectivos Conselhos de Saúde. (NOB 96, P.16)

A não humanização do atendimento poderia representar quebra de contrato, ou para usar o termo técnico, da pactuação, e com isso, como já foi dito, a possibilidade da suspensão da Gestão Plena, repassando os serviços ao Estado.

Essa obrigação é documentada. Atualmente, ao assumir a Gestão Plena, o Município, através do secretário de Saúde, assina um termo de compromisso com o Ministério da Saúde onde está previsto o processo de humanização, através do planejamento e organização dos serviços oferecidos:

Todo município¹² deve organizar o acesso a serviços de saúde resolutivos e de qualidade na atenção básica, viabilizando o planejamento, a programação pactuada e integrada da atenção à saúde e a atenção à saúde no seu território, explicitando:

- a) a responsabilidade, o compromisso e o vínculo do serviço e equipe de saúde com a população do seu território,
- b) desenhando a rede de atenção à saúde
- c) e promovendo a humanização do atendimento;

(Termo de Compromisso de Gestão Municipal, Cláusula 2ª, item 1.10)

Mas os compromissos são mais antigos, como demonstra a Norma Operacional Básica do SUS 01/96:

¹² De acordo com o segundo parágrafo da Cláusula 2ª do Termo de Compromisso de Gestão Municipal todos “os itens que iniciam com a expressão ‘Todo município deve’ indica a obrigatoriedade do fazer / da competência a todo e qualquer município, não sendo possível a utilização da opção ‘Não se aplica’”.

(...) gestão é a atividade e a responsabilidade de dirigir um sistema de saúde (municipal, estadual ou nacional), mediante o exercício de funções de coordenação, articulação, negociação, planejamento, acompanhamento, controle, avaliação e auditoria. (NOB – 01/96, p. 02).

A célula B2, que informa a “melhoria no atendimento odontológico nas Unidades”, também, como no caso B1, é uma ação geral, dado que não pode ser obtido por Conselhos que trabalham isoladamente em suas localidades. Portanto, é informação do gestor.

Da mesma forma essa melhoria está enquadrada nas obrigações do Termo de Compromisso de Gestão Municipal, contemplada pela citação acima. O mesmo se dá nas células B8, B12, B13 e B14, cujos dados, respectivamente, “ampliação na quantidade de medicamentos dispensados à população, ampliação no atendimento, melhoria na qualidade de atendimentos nas Unidades e implantação dos postos de coleta nas Unidades”, se enquadram nas determinações do Termo de Compromisso, ressalvando-se ainda, que no caso do item B8, existe regra clara para a questão dos medicamentos:

Todo município deve promover a estruturação da assistência farmacêutica e garantir, em conjunto com as demais esferas de governo, o acesso da população aos medicamentos cuja dispensação esteja sob sua responsabilidade, promovendo seu uso racional, observadas as normas vigentes e pactuações estabelecidas. (Termo de Compromisso de Gestão Municipal, Cláusula 2ª, item 1.15)

Também elencadas como conquistas as células B7, ampliação das Unidades da Urbis V, Hugo de Castro Lima e João Melo; B10, ampliação no quadro dos funcionários; B15, criação da Unidade da Vila Serrana, e B16, Central de Ambulâncias, são, mais uma vez, obrigação dos municípios em Gestão Plena que recebem recursos para promover melhorias e garantir a qualidade da rede de atendimento, conforme prevê o item 1.14 do Termo de Compromisso: “Todo município deve garantir a estrutura física necessária para a realização das ações de atenção básica, de acordo com as normas

técnicas vigentes”. São também, como as demais células elencadas, oriundas do conhecimento do gestor e não dos conselheiros em geral

E como os conselheiros podem ter conhecimento de que existiu ampliação das vagas do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional do Ministério da Saúde, o SISVAN, apresentado na célula B9? Obviamente que este dado foi colhido/recebido do ao Governo Federal pelo gestor municipal. Por fim, para comprovar a tese de que os dados que aparecem como conquistas não foram elencados pelos conselheiros e sim pelo Governo Municipal, citaremos o item B3, maior participação comunitária. Esta célula entre em conflito com as células C5 e C6, não podendo, por esse motivo, ser apresentado pelos conselheiros que informam a falta de participação. Outra vez trata-se de generalização, oriunda de levantamento maior que só é possível ser realizado pela Secretaria Municipal de Saúde. Ela interessa, além disso, principalmente aos gestores que precisam prestar contas aos conselheiros e mostrar eficiência na construção do Controle.

A segunda conclusão, que diz respeito ao fato de algumas ações terem sido elencadas apenas para dar visibilidade à atuação do Governo Municipal e servir como peça de divulgação política, pode ser observada a partir dos vários itens listados acima e também das células B4 e B6: organização na coleta de lixo, e ligação de Água (Jardim Valéria), respectivamente. Organização de coleta de lixo não é conquista, é dever do Poder Público Municipal, um dever, ao que parece, cumprido com certa lentidão: o prefeito à época, já estava no comando do Município há quatro anos e demorou todo esse período para organizar a coleta de lixo no bairro.

A questão da ligação de água é ainda mais enganosa. Na Bahia, o saneamento básico é de responsabilidade do Governo do Estado. O autor do documento colocou como conquista, induzindo ser obra da prefeitura, uma ação de outra esfera de poder.

As duas únicas conquistas que poderiam ter sido apresentadas pelos conselheiros sendo fruto de ações do Conselho são as células B5,

liberação de plantas para as casas no Jardim Valéria, e B11, construção da quadra poliesportiva da Urbis VI, dois bairros da zona urbana. Este último item, inclusive, foi motivo da realização de abaixo assinado pelos moradores da localidade, como demonstrou a célula A2. A única dúvida que esta pesquisadora se coloca é o fato de que a construção de quadras poliesportivas em Vitória da Conquista ser, em geral, fruto de decisões tomadas no Orçamento Participativo.

Agindo dessa forma, repassando à plenária do Encontro e registrando em documento tais ações os gestores de Vitória da Conquista feriram o ponto 07 do Termo de Compromisso que trata das responsabilidades na participação e Controle Social, notadamente o item 7.5 que diz: “Todo município deve prover ações de informação e conhecimento acerca do SUS junto à comunidade”. Ora, ao colocar tais dados como conquistas e não como obrigações determinadas pelo Sistema Único de Saúde o que existiu foi um processo de desinformação dos usuários presentes, que passaram a acreditar que tais ações são fatos isolados, dentro do universo baiano. Uma ação publicitária com o claro objetivo de produzir imagem positiva aos gestores.

2.2.3 Conselhos Locais: com voz, mas sem ação no Conselho Municipal de Saúde

As atas das reuniões do Conselho Municipal de Saúde, referentes ao ano de 2007 são esclarecedoras no tocante às relações entre conselheiros municipais e locais. A presença dos Conselhos locais no encontro é uma raridade e a discussão sobre o controle social local também não ocupa muito espaço nas reuniões dos conselheiros municipais. Durante todo o ano de 2007 os conselheiros usuários só participaram de quatro das nove reuniões cujas atas foram pesquisadas, e mesmo assim isoladamente:

Quadro 7 – Participação dos Conselhos Locais nas reuniões Do Conselho Municipal de Saúde – 2007

<i>Reunião</i>	<i>Conselho Local – Representantes</i>
1ª Reunião Ordinária Janeiro de 2007	Bruno Barcelar Pedrinhas 04
2ª Reunião Ordinária Fevereiro de 2007	Nossa Senhora Aparecida 01
3ª Reunião Ordinária Março de 2007	Panorama 01 Pedrinhas 02
4ª Reunião Ordinária Abril de 2007	Pedrinhas 02

Fonte: Atas das reuniões do Conselho Municipal de Saúde - 2007

A presença dos conselheiros às reuniões em nada alterou o a rotina do Conselho Municipal, nem gerou qualquer demanda. Alguns representantes do controle social local apenas assistiram aos debates das plenárias, outros trouxeram informações ou solicitações, mas, em resposta receberam evasivas da presidência do Conselho Municipal.

Vamos apresentar aqui todos os casos, por serem poucos, em que os conselheiros locais fizeram alguma interferência nas reuniões do Conselho Municipal durante o ano de 2007.

A primeira ocorreu em janeiro, durante a primeira reunião ordinária. A conselheira Jandira Cardoso, do Conselho Local de Saúde do Bruno Barcelar, bairro situado na zona urbana de Vitória da Conquista, afirmou, em forma de reivindicação que os usuários vêm tendo problemas com o atendimento hospitalar, e que muitos voltam para casa sem atendimento. Segundo a conselheira há falta de médicos e a situação se agrava porque diversos pacientes de outros municípios têm procurado atendimento em Vitória da Conquista, aumentando a demanda. O presidente do Conselho Municipal em exercício se limitou a dizer que se trata de um período de transição “mas que estão sendo realizadas reuniões para estar sanando isso junto ao Comitê de Urgência e Emergência do Município”. O presidente não chegou a informar quais providências estariam sendo

estudadas para resolver o problema. Não houve nenhuma manifestação dos demais conselheiros municipais e nada chegou a ser encaminhado. Parecia tratar-se de mais uma denúncia comum feita por um usuário, e não da apresentação de problemas através da representante eleita por uma comunidade.

Nem dona Jandira Cardoso, nem qualquer outro representante do Conselho Local do Bruno Barcelar, voltaram a comparecer às reuniões do Conselho Municipal em 2007.

A segunda intervenção foi feita por um conselheiro do Conselho Local da Unidade de Saúde do Panorama, outro bairro periférico da zona urbana conquistense. Na terceira reunião ordinária, ocorrida em março, José Carlos de Jesus deu apenas um informe: solicitou na Assembléia Legislativa do Estado a construção de um presídio de segurança máxima que “atenda” os bairros periféricos e a construção de um hospital que pudesse suprir a carência de pacientes que são encaminhados para outros municípios, ou estados, por falta do serviço em Vitória da Conquista. São casos de alta complexidade, como alguns tipos de câncer, cuja oferta de atendimento não existe na cidade.

Nesta mesma reunião a secretária de Saúde e presidente do Conselho Municipal descreveu um convênio de atenção à saúde da população em situações de urgência, violência e outras causas externas, que iria contemplar as Pedrinhas, um dos bairros mais violentos a cidade. Informou, entre outros detalhes, que o convênio prevê a aquisição de equipamentos para a Unidade de Saúde da Família, para a escola e para a creche.

Estas informações, e foi possível comprovar de imediato como veremos a seguir, não foram compartilhadas com o Conselho Local de Saúde da localidade, um indicativo de que ele ficou à margem das decisões e discussões da Secretaria de Saúde do Município sobre a interferência no setor de saúde do bairro.

Após a explanação da secretária a conselheira Sirleide Almeida Lopes, representante do Conselho Local das Pedrinhas, pediu informações sobre qual escola e qual creche seriam beneficiadas pelo convênio, demonstrando o total desconhecimento que o controle social do bairro tinha em relação às escolhas, decisões e indicativos do plano exposto pela Secretaria de Saúde.

Sem constrangimentos a secretária corrigiu a informação dada minutos antes: na realidade, informou, não havia recursos para a creche, apenas para a escola, mas a Secretaria de Educação remanejaria a verba da escola para atender à creche. Ou seja, sem a intervenção da conselheira outra informação equivocada teria sido passada aos conselheiros. Não seriam dois, mas apenas um estabelecimento de ensino beneficiado pelo convênio. Deixou de dizer, ainda, se esse remanejamento era legal e não prestou as informações solicitadas pela conselheira: qual creche receberia os benefícios? Não houve, pelo que consta na ata, nenhum esboço de reação na plenária.

Sirleide Lopes manteve a intervenção, desta vez para denunciar a violência praticada por policiais no bairro. Relatou agressões e até assassinatos contra os moradores locais. Em face disso um conselheiro, representante de categoria profissional, usou a palavra, num claro viés de opinião pessoal, dizendo que “hoje está havendo uma mudança dessa mentalidade de que a policial causa mais medo que marginal, principalmente após a mudança de Governo”. Estava falando do Governo do Estado, cuja gestão havia sido assumida pelo PT há apenas três meses, dando conotação político-partidária ao seu discurso. Mais uma vez a plenária não se manifestou nem foi cogitado encaminhar a denúncia à Secretaria de Segurança Pública do Estado ou à Assembléia Legislativa da Bahia. Não houve reações de solidariedade com os moradores do bairro, nem mesmo de preocupação. Os conselheiros municipais apenas se limitaram a parabenizar a conselheira local pela coragem de fazer tal denúncia.

Em abril, na quarta reunião ordinária, mais uma vez os representantes do Conselho Local das Pedrinhas se fazem presentes. Novamente a conselheira Sirleide Lopes faz uso da palavra para reclamar da violência e aborda dois novos assuntos: a falta de acesso a ônibus (algumas vias de Vitória da Conquista eram/são intransitáveis) e da inexistência de boas escola e creches no bairro. A presidente do Conselho Municipal apenas comenta, “de forma ampla”, segundo a ata, o projeto para o bairro e a questão da violência no local. Não há encaminhamentos, nem mesmo para a questão do transporte urbano, que está sob a responsabilidade da prefeitura.

Esta foi a última vez que os conselheiros das Pedrinhas participaram de uma reunião do Conselho Municipal de Saúde em 2007. Foi também a última vez que a ata do Conselho registrou a presença de conselheiros locais nas reuniões daquele ano. Vale ressaltar que em nenhum dos encontros foi registrada a presença de conselheiros locais da zona rural do município.

O assunto Conselho Local de Saúde voltou a ser abordado algumas vezes mais nas reuniões de 2007:

- 1-A apresentação de opções e escolha da logomarca para os Conselhos Locais;
- 2- Um informe sobre a mobilização dos conselheiros locais para a Conferência Municipal de Saúde;
- 3 - Um informe, feito pela secretária de Saúde, de que vários Conselhos Locais estariam sendo reativados, e
- 4- A apresentação de um projeto de capacitação para conselheiros locais de saúde, conselheiros municipais, conselheiros do Orçamento Participativo e “outras políticas públicas” no valor de R\$ 98.081,00, cujos recursos eram oriundos da Fundação Nacional de Saúde e da Prefeitura de Vitória da Conquista.

Em nenhum momento das reuniões foi apresentada, discutida ou encaminhada qualquer proposta dos Conselhos Locais de Saúde de Vitória da Conquista. Na realidade não existiam propostas encaminhadas pelos CLSs ao CMS pelo que demonstraram as atas.

O não encaminhamento de propostas pode ser um indicativo da pouca relevância que os Conselhos Locais de Saúde possuem sob a ótica do Conselho Municipal. Porque propostas existem, solicitações, como vimos através da presença dos conselheiros nas plenárias, também. Elas não seguem para o CMS por um detalhe dentro da burocracia organizacional da Secretaria Municipal de Saúde de Vitória da Conquista: estão centralizadas nas mãos da Coordenação de Controle Social. É o setor que vê quais são as pendências solicitadas pelos conselheiros, enviadas em documento específico preparado nas reuniões mensais e “tenta agilizar”, sendo, “uma ponte para facilitar as necessidades”, segundo a informação de um cargo em chefia da Secretaria de Saúde. O mesmo funcionário informa que os conselheiros têm a autonomia e a responsabilidade de procurar as secretarias do Município de acordo com as necessidades.

Uma autonomia que, no entanto, encontra empecilhos. Enquanto os conselheiros recebem capacitação para exercer seu trabalho através de cursos que mostram o funcionamento, o financiamento, de onde vêm os recursos, como eles são gastos e como devem se acompanhar estas ações, além de ensinamentos sobre o SUS; os gestores do Município de áreas que não a saúde não recebem capacitação para entender o funcionamento, as responsabilidades e a importância do controle social. Um funcionário de segundo escalão da Secretaria de Saúde reconhece o entrave que a intersetorialidade prevista na saúde traz. A intersetorialidade é importante porque a saúde envolve a melhoria da qualidade de vida em várias áreas, o que leva à interferência de inúmeros fatores - incluindo o transporte reclamado pela conselheira na reunião do CMS: “o contato com as outras secretarias é difícil e a resposta demora um pouco”, disse o funcionário.

Se para um técnico da Secretaria de Saúde é difícil o contato com os demais órgãos do Governo, o que acontecerá com conselheiros locais, que até mesmo em fóruns gabaritados, capacitados e sensibilizados para o controle, como o Conselho Municipal de Saúde, não têm suas denúncias e reivindicações acolhidas? A resposta pode estar na concentração de poder. Afinal, atender, ouvir, conceder, concordar e aceitar propostas ou reivindicações é repartir poder com um grupo de indivíduos ou indivíduos isolados. Isso poderia levar esses conselheiros a ter status político local a partir do momento em que passassem a solucionar as demandas da comunidade.

Diante disso, é possível inferir que a partilha do poder, tanto do Conselho Municipal de Saúde, quanto na esfera administrativa do Município, recebe resistências. Fato comum num país como o Brasil, cuja centralização do poder sempre foi prática comum de quem o detém.

Os mecanismos que bloqueiam uma partilha efetiva de poder nesses espaços são vários. Se muitos desses mecanismos têm origem em concepções políticas resistentes à democratização dos processos de tomada de decisão, outros se relacionam com características estruturais do funcionamento do Estado, embora as fronteiras das duas origens sejam, às vezes, de difícil elucidação. (Dagnino, 2002, p. 283)

Outro agravante responsável pelo não encaminhamento de propostas pelos Conselhos locais ao Conselho Municipal de Saúde é o fato de que isso simplesmente não existe em Vitória da Conquista. Esta participação do controle social local na elaboração da política de saúde municipal está limitada à Conferência Municipal de Saúde, onde os Conselhos Locais são representados por delegados. “É nesse momento que os Conselhos locais estão participando da política de saúde”, garante membro da Coordenação de Controle Social da Secretaria de Saúde.

No entanto, para a Portaria 648/2006 do Ministério da Saúde o entendimento é outro. Em seu capítulo II, item 4º, inciso VIII prevê a “promoção e estímulo à participação da comunidade no controle social, no

planejamento, na execução e na avaliação das ações”. É importante que se diga que este item é específico do tema Saúde da Família, portando remete ao nível local, área de atuação dos Conselhos, objetos de estudo desta dissertação. Mais: é preciso, lembrar o que diz o Regimento Interno dos Conselhos Locais de Saúde de Vitória da Conquista no tocante às responsabilidades dos Conselhos, que devem:

V – Elaborar propostas e sugestões para o Conselho Municipal de Saúde e para a Conferência Municipal de Saúde. (Proposta de Regimento Interno para Conselho Local de Unidades de Saúde, 2000, p. 02).

Diante disso, é possível analisar que com as dificuldades encontradas em conseguir elaborar propostas, ser ouvido, respeitado e atendido, em suma, ter a repartição de poder que o controle social propõe, exista uma tendência à desmotivação por parte dos conselheiros locais e da comunidade na participação nos Conselhos. De nada adianta capacitação e estímulo teórico ou prático (como a entrega de vale-transporte, para que os conselheiros participem nas reuniões do Conselho Municipal): eles sabem que não serão ouvidos

Talvez esses motivos expliquem porque tantos Conselhos locais deixaram de funcionar durante a década atual. Participação social exige repasse de informações e parceria entre os atores. Mas o que se pode perceber pelos documentos pesquisados é que existe centralização das informações e, como desde sempre, as decisões finais ficam a cargo exclusivo dos gestores.

Nada disso, impede que o controle social local continue a ser peça de marketing da gestão municipal, como demonstra o texto abaixo, divulgado no site da Prefeitura de Vitória da Conquista. Uma peça de marketing, que como convém à publicidade, esclarece apenas aquilo que interessa ao emissor da mensagem. Desinforma mais do que informa, porque sequer faz menção de que a participação da sociedade nas políticas públicas

existe por força de lutas populares que se estenderam por décadas, e não pelo condão de políticos que delas fazem uso como propaganda.

Desde 1997, um novo modelo para a saúde começava a ser desenhado. Com a municipalização e os constantes investimentos na melhoria e ampliação dos serviços, Vitória da Conquista tornou-se referência para todo o Estado. A partir de 1999, foram criados importantes espaços para a participação popular no Sistema Único de Saúde: os Conselhos Locais de Saúde, que estão possibilitando às pessoas participar diretamente na definição das políticas públicas do setor. (pmvc.com.br).

A última frase, como vimos, não é realidade. Os Conselhos Locais de Vitória da Conquista, apesar da propaganda oficial, não participam diretamente da definição das políticas públicas do setor. Talvez a existência deles seja por outro motivo. Um motivo que se encaixa perfeitamente na análise de Aciole:

“Contudo, também há a possibilidade de utilização dos conselhos enquanto estratégia de consolidação, ou mesmo de legitimação, de um projeto político que se institui pela ação da Secretaria de Saúde”. (Aciole, 2006, p. 169).

Capítulo III

Controle Social Local em Vitória da Conquista Avanços ou limitações?

(...) [os Conselhos] são órgãos concebidos para influir constitutivamente na vontade normativa do Estado, mediante o exercício de competências conferidas pelas respectivas leis criadoras, que devem trazer linhas definidoras de seu campo de atuação.

(Moreira, 1999, p. 65, *in* Dagnino, 2002, p. 50)

De acordo com os dados oficiais da Prefeitura de Vitória da Conquista, a participação social local no município envolve mais de 600 conselheiros, entre titulares e suplentes; um universo extenso por onde transitam moradores de bairros periféricos, distantes do Centro da cidade, e de localidades da zona rural a dezenas de quilômetros da sede do município, algumas de difícil acesso, outras com estradas bem pavimentadas.

O objetivo desse trabalho não foi mapear todos os Conselhos Locais, mas, através de amostragem, por meio de entrevistas semi-estruturadas, onde as perguntas foram abertas, avaliar: o grau de participação dos conselheiros na formulação de políticas públicas, sua interferência na gestão de saúde e seu conhecimento a respeito do controle social. Em síntese, o que se pretendia era perceber se existe a efetiva participação dos Conselhos na formulação dessas políticas. Além disso, as entrevistas pretendiam verificar:

1. A dinâmica da capacitação dos conselheiros locais de saúde.
2. O tratamento dado pelo Conselho Municipal de Saúde às propostas encaminhadas pelos conselhos locais.
3. A inserção política partidária dos conselheiros locais.

4. Se a população usuária sabe da existência dos conselhos, conhece seu funcionamento e se efetivamente participa de ações junto aos conselhos locais.

Inicialmente este trabalho previa a realização de entrevistas em dez dos 35 Conselhos Locais existentes no município, dividindo os encontros com os conselheiros num período de tempo que: ia de dois meses antes da eleição e dois meses após a assunção do novo prefeito, respectivamente nos meses de julho de 2008 e março de 2009.

A primeira data foi escolhida por não estar ainda tão próxima do período eleitoral, o que poderia contaminar a pesquisa, mas também não tão distante, permitindo aos conselheiros uma reflexão própria desse período, quando as discussões sobre a atuação do Governo já tinham se iniciado. A definição de março se deu por motivo parecido: já não haveria a euforia da posse e teríamos um período de tempo, mesmo que curto, para avaliar se a nova administração implementou alguma modificação na atuação dos Conselhos. Cabe lembrar que foi há dez anos, na primeira gestão do atual prefeito, Guilherme Menezes, que os Conselhos Locais foram implantados em Vitória da Conquista.

É válido deixar aqui registrado um obstáculo para a realização da pesquisa: conseguir uma entrevista com a secretária de Saúde, sua impossibilidade e os efeitos na metodologia adotada. Desde julho de 2008 que a entrevista vem sendo buscada, mas o período de insistência efetivamente contínua aconteceu a partir de janeiro/fevereiro de 2009 quando foram feitas inúmeras ligações por celular, todas devidamente registradas e, em um dado momento, enviada mensagem, também pelo celular, já que não havia contato de e-mail.

No início de março, quando me preparava para a segunda fase de entrevistas, e já tinha dado como certa a não participação da secretária, consegui contato pessoal durante um evento realizado pela Universidade

Estadual do Sudoeste da Bahia, ela compareceu representando o prefeito municipal.

O encontro se deu em 06 de março e a entrevista, agendada para 09 de março, uma segunda-feira. Na manhã desse dia recebi um telefonema da secretária da secretária me informando que a entrevista estava suspensa porque eu não havia entregado os documentos exigidos pela Secretaria para a realização de pesquisas que versem sobre a instituição. Foi informado à funcionária que eu desconhecia tal exigência, e que a secretária de Saúde já havia assinado termo autorizando a pesquisa, documento entregue à Secretaria do Conselho Municipal.

Juntar os documentos exigidos seria um transtorno, principalmente com o prazo apertadíssimo para a entrega da dissertação. No entanto, não era tarefa impossível. Mas dois agravantes, entre os itens solicitados me chamaram a atenção: uma declaração de não publicação da pesquisa e/ou artigos a ela relacionados, incluindo a não apresentação em congressos e fóruns, entre outros, antes da entrega da dissertação devidamente encadernada em capa dura, à Secretaria de Saúde. A outra era a obrigação da assinatura do entrevistado em Termo de Conhecimento Livre e Esclarecido, conforme determina a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

Diante disso liguei para a secretária e informei que já havia realizado as entrevistas sem o devido Termo e que tal exigência, exposta tardiamente, tenderia a prejudicar meu trabalho. Ela argumentou que sem o Termo eu poderia ser processada por qualquer um dos entrevistados, citando, especificamente, o nome de um membro de segundo escalão da Secretaria.

Todas as entrevistas foram gravadas com o consentimento do entrevistado e o objetivo, devidamente esclarecido. Com essa certeza procurei fazer contato com os entrevistados no sentido de conseguir a assinatura de cada um deles ao Termo.

Na primeira tentativa percebi que seria esforço vão. O conselheiro procurado havia sido entrevistado há apenas três dias. Tratava-se de membro da equipe de determinada Unidade de Saúde da Família da zona urbana, profissional de nível superior, atuando em outras instituições e filiado à organização de classe. Portanto alguém que, por nível de instrução, tenderia a ser avesso a pressões, até mesmo pelo fato de ser conselheiro e ter o dever de representar uma comunidade de forma independente.

Mas não foi isso que se deu. O entrevistado me informou que não poderia assinar o termo porque sua unidade havia recebido um ofício da Secretaria de Saúde proibindo a concessão de entrevistas não autorizadas pelo órgão. Como ele havia me dado a entrevista sem a autorização, assinar o termo poderia, segundo as suas palavras, “prejudicá-lo”. Data do recebimento do ofício: 09 de março de 2009, dia eu que eu agendara a entrevista com a secretária.

Obviamente que seria inútil buscar os demais entrevistados. Ao que tudo indicava, primordialmente pela data do ofício de proibição, era possível tratar-se de manobra para impedir que eu conseguisse a assinatura do Termo. O motivo, ao meu ver, era bem claro: apesar de filiada ao Partido dos Trabalhadores, dele me afastei há alguns anos, tendo, inclusive, apoiado e coordenado campanha de candidato adversário ao PT nas últimas eleições.

Talvez seja exatamente esse apoio e coordenação os maiores entraves. Eles explicam o antes e o depois de um dado momento político. Inicialmente tive facilidade de conseguir entrevistas, tendo, inclusive, obtido autorização para viajar até a zona rural em veículo da Secretaria de Saúde, junto com a equipe de Saúde da Família. Também, me foram disponibilizados, pela Secretaria do Conselho Municipal de Saúde, todos os documentos necessários à pesquisa dessa dissertação. No período pós-eleição, a situação mudou completamente.

Com esse entrave, e com o apoio do meu orientador, ficou decidido que manteríamos a pesquisa com os entrevistados já ouvidos e que

todos os nomes ou maneiras possíveis de identificação, como o bairro onde está situada a Unidade, seriam suprimidos. Resta esclarecer que todas as entrevistas foram devidamente gravadas e guardadas, estando em meu poder.

Dessa forma foram entrevistados conselheiros representantes da equipe de seis conselhos locais, e quatro conselheiros representantes de usuários. Além disso, três usuários não-conselheiros presentes na Unidade de Saúde para atendimento, escolhidos aleatoriamente, passaram pela entrevista em quatro Unidades de Saúde da Família, um ponto de atendimento de equipe de Saúde da Família na zona rural e em uma Unidade do Programa Agentes Comunitários de Saúde. No caso dos usuários não-conselheiros o objetivo era definir se tinham entendimento sobre o PSF, conhecimento da existência do Conselho Local de Saúde e se participavam das reuniões realizadas pelo controle social da comunidade.

O questionário aplicado aos conselheiros foi o mesmo, independente de serem usuários ou profissionais. O que se buscava não era o nível técnico ou cultural, mas o conhecimento que ambas as categorias tinham sobre o controle social a partir do aprendizado no Curso de Capacitação de Conselheiros ou nos mini-cursos ministrados nas próprias unidades.

Foi possível perceber certa distinção nas respostas, mesmo em perguntas mais básicas, como a relativa ao PSF e o seu financiamento. Os conselheiros usuários tiveram dificuldades de explicar o programa, mesmo sendo representantes de comunidades que possuem controle social. Já os profissionais, tinham total clareza sobre a estratégia do PSF.

“O PSF é uma estratégia. É um trabalho em equipe com carga horária definida. Precisa ter perfil profissional para estar trabalhando com saúde pública. Ter a visão da ética ao entrar nas casas das pessoas, tem que ver o indivíduo holisticamente como um todo, saber o quê está por trás da doença, hábitos alimentares, condições de habitação. Ele diminui o índice de internações hospitalares, a gente trabalha muito com a questão da prevenção e promoção da saúde. Ele é financiado pelo governo federal.” (Profissional de

nível superior, representante da equipe no Conselho Local. Recebeu o Curso de Capacitação).

“Eu acho que a coisa é como a gente ajudar alguém... Não isso eu ainda não sei responder.” (Conselheiro usuário. Não recebeu o Curso de Capacitação).

“O PSF é uma iniciativa do Ministério da Saúde, que na realidade, hoje em dia, a gente nem chama de programa, porque programa tem começo, meio e fim, hoje ele é uma estratégia, uma Estratégia de Saúde da Família, onde Ministério viu uma forma de reorientação do modelo de saúde. A gente parte do pressuposto de que o alicerce das nossas ações seria a prevenção e a promoção da saúde, para que a gente possa estar diminuindo os procedimentos curativos e a recuperação. Só que infelizmente por alguns problemas de excesso de famílias, por falta de profissionais, infelizmente a gente não consegue fazer a ESF como ela realmente deveria ser feita. Ela é financiada pelo Ministério da Saúde, pelo Estado e pelo Município.” (Profissional de nível superior, conselheiro membro da equipe. Recebeu o Curso de Capacitação).

“Tem que ser um bairro com população menor que a nossa. E esse bairro tem condições de ter o médico da família. Nós não temos¹³, então eu nem sei te explicar. Ele é financiado pela Secretaria de Saúde do município?” (Conselheiro usuário. Recebeu curso de capacitação).

Uma conselheira usuária fez confusão entre o Programa Saúde da Família e as informações que recebeu através do PSF:

“É para ter água filtrada ou fervida. No caso é assim: não deixar lixo perto da casa e cuidar para não juntar água, por causa do mosquito da dengue”. (Conselheiro usuário. Não recebeu curso de capacitação).

No entanto, a mesma usuária ao ser perguntada sobre quais as queixas que teria sobre a atuação da gestão municipal em relação à saúde possuía resposta pronta em defesa da Secretaria de Saúde:

“Às vezes fala da Secretaria, mas não depende só da Secretaria de Saúde, depende do governo, se o governo não mandar a verba então a Secretaria vai ficar sem resolver nada”

¹³ A unidade pesquisada pertencia ao PACS, Programa Agentes Comunitários de Saúde, e não ao PSF. No entanto, quando a entrevista foi realizada, o Conselho Local já estava em funcionamento há um ano e meio. Foi escolhida por atender dois bairros que abrigam uma população de mais de 13 mil habitantes.

Solicitada a informar qual governo, respondeu prontamente:

“O Governo Federal, o Estadual.”

Isso demonstra que mesmo não tendo participado do Curso de Conselheiros, a conselheira usuária recebe freqüentes informações sobre o funcionamento da Secretaria de Saúde, a ponto de ter clara a noção de como a saúde é financiada e reconhecer as limitações do Município. Tal detalhe pode nos apontar para um processo de construção de parcerias entre a comunidade e o Governo Municipal através dos Conselhos Locais. Mas esta parceria indica beneficiar, principalmente, o Governo, já que os conselheiros não detêm conhecimentos básicos como o que é o PSF e o que significa o controle social. Essa parceria e envolvimento transformaram em defensores locais do Governo as mesmas pessoas que deveriam estar fiscalizando as ações do Executivo Municipal.

Isso pode ser demonstrado na fala da mesma conselheira, que explica, no seu entendimento, quais as principais ações do Conselho Local de Saúde em sua comunidade:

“Até o que eu entendo é bom no caso se tiver alguma coisa para conversar com a comunidade, explicar o porquê de não estar acontecendo algo sobre o SUS. Eles acham que não está acontecendo porque aqui está abandonado. Aí a gente tem que chegar falar para eles: ‘Não, é assim, assim’. Falar direitinho como tem que ser”.

Perguntada se informar a população era a única função do conselheiro ela respondeu:

“Não, e para a gente ficar sabendo de algumas coisas que talvez não chegue a... Não aprendeu na escola porque não teve oportunidade.”

A falta de noção do que representa o controle social atinge a maioria dos conselheiros usuários, que não tem clareza sobre o assunto. Apresentamos outro exemplo através de uma conselheira que demonstrou dificuldades para responder à pergunta:

“O controle social é o que cuida da nossa saúde. Controle é cuidar da saúde da comunidade.” (Conselheiro usuário. Não recebeu curso de capacitação).

A mesma dificuldade foi apresentada por um representante da equipe, presidente do Conselho Local, e agente comunitário de Saúde que recebeu capacitação para trabalhar como conselheira. A resposta, incompleta, não privilegiou dados sobre a fiscalização nem mesmo sobre a possibilidade de se propor políticas para o setor:

“Controle social é as pessoas, os usuários, ter (*sic*) acesso nas decisões dos governantes. É (*sic*) as pessoas estarem a par do que acontece, das resoluções que são tomadas e eles poderem interferir de alguma maneira.”

Existem situações mais graves de falta de informação, como o caso de uma conselheira usuária de uma localidade da zona rural que há quase um ano atuava no Conselho Local de sua Unidade:

“Para te dizer a verdade até agora aí eu estou um pouquinho desinformada sobre o controle social.”

Outra conselheira usuária acredita, por seu turno, que controle social está relacionado à cooperação:

“Eu acho que é você poder ajudar no que você pode, na minha maneira de falar.”

Mas até mesmo os profissionais de nível superior têm problemas para definir integralmente o significado de controle social, como no caso do recorte de entrevista abaixo, feito com conselheiro representante da equipe e com curso universitário completo:

“Controle social é relacionado com o SUS, que entra a participação popular. Então, entra a parte realmente de cidadania, o cidadão opina diretamente nas questões de se saúde. É o espaço que o cidadão tem para também estar opinando.”

O verbo opinar, utilizado duas vezes pela entrevistada poderia assumir as funções dos verbos fiscalizar, influir, participar, promover, deliberar e propor. Mas, não. Tem exatamente este significado: o de dar opinião. Isso

porque pouco se avançou nas relações de controle entre os Conselhos, sejam os locais ou municipais, com as administrações públicas. Daí é quase impossível, pela experiência pessoal vivida, que os conselheiros consigam utilizar-se de um discurso de ação propositiva, de intervenção política. Esse é, de longe, um problema que não está restrito ao Município de Vitória da Conquista:

Em geral, as avaliações mais comuns presentes na literatura são de que os conselhos não estão cumprindo sua vocação deliberativa. Embora os motivos apresentados sejam os mais variados, a grande maioria dos estudos aponta a baixa capacidade de inovação das políticas públicas a partir da participação da sociedade civil nos conselhos, sugerindo que essa participação assume contornos mais reativos que propositivos. (Tatagiba, *in* Dagnino, 2002, p.93)

Em relação aos trechos de entrevistas apresentados anteriormente, outra questão pode ser destacada: o constante paralelo que os entrevistados faziam entre controle social e SUS, ou mesmo à saúde. Nenhum conselheiro, independente do grau de instrução, do nível social ou da posição que ocupa no Conselho, seja usuário ou representante da equipe, fez menção à existência de outros Conselhos, como o de Segurança, de Educação, ou Tutelar. Esta pergunta, como veremos nos anexos, era a primeira a ser feita aos entrevistados após a identificação dos conselheiros. Em momento nenhum ela relacionava controle social à saúde, e sim inquiria ao entrevistado sobre o significado da expressão. Além disso, ninguém demonstrou, também, conhecimento das lutas populares para ampliar a participação da sociedade nas gestões públicas a partir do controle social.

Se a partir da análise - apresentada no capítulo anterior - dos documentos recebidos da Secretaria de Saúde, conseguimos verificar a não participação, de um modo geral, dos Conselhos Locais nas reuniões do Conselho Municipal, as entrevistas deram, também, sua contribuição; no sentido de demonstrar que a comunidade, em sua maioria, não vem se sentindo atraída pelas reuniões dos Conselhos Locais. Os conselheiros entrevistados têm opiniões diversas para justificar o fato.

“Não são todos que participam. Ainda falta muita participação. Porque, às vezes, uma reunião com 70¹⁴ pessoas ainda é pouco para o tamanho da região.” (Conselheira usuária)

“Existe certa acomodação por parte da comunidade, mas existe uma parcela que participa das reuniões e são comprometidas com os seus direitos. Estas pessoas sempre estão nas reuniões. É uma minoria, porque a grande população quer que venham outros órgãos. Quando tem um atrativo extra, participam mais pessoas, quando não tem, quando é só para a gente discutir as nossas coisas eles não vêm.” (Conselheiro representante da equipe).

“Nem todo mundo conhece (*o Conselho Local*), mas têm pessoas que são mais constantes. Essas pessoas já perceberam a importância, e vão à reunião, mas tem pessoas que desconhecem o que é o Conselho e qual é a sua importância. Talvez por não conhecer não participam das reuniões.” (Conselheiro representante da equipe).

“Participação do Conselho Local é o grande desafio de toda Unidade de Saúde. A baixa participação da comunidade ainda existe, porque, apesar do PSF ter sido instituído aqui em 97, com a implantação das cinco primeiras equipes, e mesmo assim a comunidade não participa. A gente marcava uma reunião e iam duas, três, quatro pessoas, sendo que a comunidade são (*sic*) mais de 10 mil pessoas, nas duas equipes.” (Conselheiro representante da equipe).

Outros, principalmente os conselheiros representantes das equipes, tentam driblar a situação usando artifícios para atrair a comunidade:

“Toda reunião eu procuro estar divulgando a importância para ver se a gente atrai mais gente. A gente já fez de tudo, a gente já se utilizou de sorteio de cestas básicas nas reuniões para ver se atrai mais gente. (...) Isso foi autorizado pela coordenação do Controle Social. Agora a gente está doando um utensílio doméstico para quem trazer mais gente para as reuniões.” (Conselheiro representante da equipe).

Mesmo não conseguindo estabelecer uma atuação propositiva junto ao Conselho Municipal de Saúde e à Secretaria de Saúde, os conselheiros observam que aconteceram avanços. O principal deles, segundo a maioria dos conselheiros representantes da equipe, foi ter ocorrido ganho real no processo educativo da comunidade.

¹⁴ Este número é relativo a determinado Conselho Local que distribui utensílios domésticos para a comunidade participar das reuniões. Há relatos de participação de duas a três pessoas da comunidade, como outros em que a média de participação é de 20 pessoas.

“As pessoas começaram a se tornar mais críticas. Eles já tinham experiências de sindicato, algumas pessoas já tinham experiências de trabalhar com associação de bairro e liderança religiosa. Nós começamos um conselho que não tínhamos experiência nenhuma, e a população trouxe experiência. E essa foi uma relação de troca.” (Conselheiro representante da Equipe)

“O que a gente tem de muito interessante é a parte de instrumentação dos usuários. A gente procura trazer pessoas de fora para estar orientando eles sobre como funciona o sistema. Então, já veio aqui na unidade, nas reuniões mensais, a ouvidoria, para prestar esclarecimento de como funciona o serviço; veio o SAMU 192, o almoxarifado central para ver como se processa a questão da distribuição dos medicamentos, as questões de licitação. O DST/Aids também veio.

Então todo o mês a gente chama uma pessoa de fora. Na última reunião veio o Centro de Tuberculose. São os próprios conselheiros que pedem para a pessoa vir.” (Conselheiro representante da Equipe)

“O Controle social, então, vem aliado ao processo de educação. Quando você tem esse processo de educação em saúde, você consegue desvencilhar vários nós. Esse foi o grande avanço do controle social que foi justamente essa questão da conscientização.”
(Conselheiro representante da Equipe).

Esta relação entre o processo educativo e a atuação dos Conselhos já havia sido identificada por cientistas sociais brasileiros:

Os conselhos, a despeito das limitações, assumem hoje no Brasil uma importante ‘função pedagógica’ no sentido da construção da cidadania e da reinvenção dos padrões de convivência democrática. Em vários estudos essa ‘função pedagógica’ foi destacada, apontado para um renovado campo das expectativas acerca dos resultados do envolvimento institucional. (Tatagiba, *in* Dagnino, 2002, p.63)

Todos os conselheiros foram unânimes em informar que não pertencem a nenhum partido político. Apenas uma conselheira usuária disse fazer parte da Associação de Moradores de seu bairro e os profissionais de nível superior são vinculados aos seus respectivos órgãos de classe, demonstrando que não há aparelhamento político partidário dos Conselhos locais.

Como vimos no capítulo anterior, muitos Conselhos foram reativados recentemente, o que nos dá, em relação à maioria dos nossos entrevistados, uma média de um ano e meio de atuação frente ao controle

social; mas dois conselheiros representantes da equipe fazem parte, ou participam das reuniões do Conselho, há cerca de 10 anos.

Boa parte dos conselheiros usuários admitiu não se interessar pelas reuniões do Conselho antes de serem eleitos, apenas uma afirmou que participava. Já os conselheiros representantes da equipe informaram que mantinham constante participação no controle social.

A capacitação através do Curso de Formação de Conselheiros não atinge a todos. Neste item houve divergência nas respostas mesmo entre os conselheiros representantes da equipe: um informou que todos eram beneficiados, outro garantiu que o curso é oferecido anualmente para dois conselheiros por unidade, um profissional e outro usuário, cabendo a estes repassar as informações para os demais. O mesmo dado, com pequena alteração, foi transmitido por conselheira usuária, segundo ela a cada ano três conselheiros, entre usuários e profissionais, participam do curso. Nenhum dos conselheiros usuários entrevistados para esta pesquisa participou do curso.

As principais reivindicações feitas pelos conselheiros, notadamente os conselheiros usuários, estão muito mais relacionadas à questão do saneamento básico e à limpeza pública do que propriamente ao funcionamento da Unidade ou às questões diretamente ligadas à saúde. Os profissionais que atuam como conselheiros reclamam do aumento da demanda e da necessidade de ampliação física das Unidades. Uma conselheira da zona rural também reclamou do atendimento nas localidades fora da sede do distrito. Ela reivindicava a construção do que chamou de “postinho”. A comunidade do local é atendida pela equipe de Saúde da Família nas instalações de uma escola do município.

“Dentro desse período de um ano e meio de existência do conselho houve reivindicações no sentido de contratação de pediatra para a unidade, contratação de mais clínicos, solicitação de nova geladeira para a sala de vacina, reforma da unidade, solicitação de bancos para a parte externa da unidade, porque as vezes o pessoal chegava desde madrugada e não tinha

banco, melhora de atendimento dos pacientes, caixa de sugestões, tudo para otimizar realmente o atendimento.” (Conselheiro representante da Equipe).

“Nós precisamos de esgoto, de uma limpeza aqui nas ruas, nós precisamos de mais espaço para este posto, e isso é tudo que os moradores reclamam.” (Conselheira usuária).

“A grande reivindicação da comunidade é em relação à demanda que é grande e a oferta de serviço que é escassa. Nossas reivindicações são: uma outra Unidade de Saúde, ou mais equipes de Saúde da Família Trabalhando, porque o número de famílias é muito excessivo, e a quantidade de equipes não contempla o atendimento a tantas pessoas.” (Conselheiro representante da Equipe).

“A gente sempre reivindica as marcações dos exames e para especialistas, porque tinha gente que pegava o número e depois vendia os lugares da marcação. Isso reduziu. Conseguimos a geladeira para a sala de vacina. A reforma da unidade que vai ser feita.” (Conselheira usuária).

As questões mais simples são, em geral, contempladas, as mais complexas, como ampliação de Unidades e equipes, não. Nesses casos os conselheiros, principalmente os representantes da Unidade, têm a compreensão de que nem sempre existem recursos:

“Essa questão da Unidade já foi pedida várias vezes em reunião de Conselho Municipal da necessidade de uma expansão, mas até hoje a gente não conseguiu. A Secretaria já tem conhecimento. Mas é algo que a gente tem que refletir. O problema não é só do nosso bairro, o problema é geral. Então, muitas vezes a Secretaria fica inviabilizada de resolver o problema.” (Conselheiro representante da Equipe).

As entrevistas demonstraram que, além dos relatórios produzidos mensalmente nas reuniões e encaminhados à Secretaria de Saúde, o abaixo-assinado é uma das formas mais comuns de reivindicação. O contato direto com representantes do órgão também acontece. Muitos são convidados a prestar esclarecimentos sobre o funcionamento do seu setor, ou de problemas a eles relacionados, durante as reuniões do Conselho Local. A maioria atende às solicitações e comparece aos encontros.

A intersetorialidade, mesmo não fazendo parte do questionário de entrevistas, foi citada pela maioria dos conselheiros representantes de

equipe que possuem nível superior, e sempre vista como entrave ao processo:

“Um grande desafio do controle social é a questão da intersetorialidade, que ainda se perde muito aqui no município. Porque um morador vem para a reunião e reivindica a questão do esgotamento sanitário, que é também uma questão de saúde, porque a gente fala de prevenção e ele mora num local onde não tem esgotamento sanitário e isso vai estar interferindo diretamente na saúde. Então, a gente encaminha para a Secretaria da Saúde, mas, no caso, tem que haver uma interação com a Embasa, que é do Estado, ou com a Secretaria de Obras. Esta intersetorialidade é que precisa estar mais harmônica. E em Vitória da Conquista o grande impasse é esse. Porque a gente não consegue ter uma intersetorialidade. Então o conselheiro vai, reivindica, vai ao Conselho Municipal ou à Secretaria de Saúde, mas nem sempre é contemplada essa reivindicação. E isso frustra a nós, profissionais, e aos moradores também, que foi cheio de expectativa, mas não conseguiu.”

“Olha a grande dificuldade que a gente tem, e eu acho que não é uma dificuldade só de Conquista, mas em nível de Brasil, é você conseguir implantar de forma bem coerente a questão da intersetorialidade. Quando você tem ações que não envolvam tão somente a Secretaria de Saúde, mas outras secretarias. Aí eu acho que é o grande desafio. O de você ter algumas demandas, mas não tem aquela agilidade que gostaria de ter. Por exemplo, a questão da iluminação pública e da segurança, que as vezes fogem da questão da saúde, mas que implicam em qualidade de vida.”

Em relação aos conselheiros representantes da equipe a preocupação com a estrutura física da Unidade é uma constante, mas questões de saneamento também preocupam. No entanto, a nota mais ouvida foi aumento da demanda versus falta de profissionais.

O problema para atrair mão-de-obra especializada é uma realidade em Vitória da Conquista, onde os profissionais contratados para o PSF ou outras unidades de saúde do Município recebem um dos mais baixos salários da região. Comparado com estados como Minas Gerais, os vencimentos da equipe do Programa Saúde da Família chega a ser 50 por cento menor, notadamente para o profissional médico.

Um dos principais problemas admitido por todos é a falta de conhecimento da população no tocante ao funcionamento dos Conselhos Locais. Por mais que ocorra a divulgação, especialmente na zona urbana, a

comunidade raramente comparece às reuniões do Conselho. Na zona rural, uma conselheira usuária declarou que a distância aliada à dificuldade de conseguir transporte afasta o usuário das reuniões. Ela própria, participante do Conselho, não recebe recursos para participar das reuniões, e paga a passagem do próprio bolso.

Este desconhecimento ou desinteresse das comunidades pelo controle social foi observado durante as entrevistas nas Unidades. Foram ouvidos 18 usuários, 12 mulheres e seis homens, que se encontravam nas unidades pesquisadas no momento da entrevista. Todos aguardavam atendimento. Neste grupo foram encontrados uma lavradora, duas estudantes, um pintor de paredes, dois vendedores, um supervisor de produção, um auxiliar de serviços gerais, uma professora, um comerciante e oito donas de casa.

Quadro 8 – Identificação dos usuários entrevistados por sexo e faixa etária – 2008/2009

Sexo	Idade				
	17 a 20 anos	21 a 30 anos	31 a 40 anos	41 a 50 anos	51 a 60 anos
Feminino	02	04	04	02	00
Masculino	00	01	02	02	01
Total	02	05	07	04	01

Quadro 9 – Conhecimento dos entrevistados sobre o Conselho local de sua comunidade – 2008/2009

	Conhece	Não conhece
Mulher	04	08
Homem	02	04
Total	06	12

Dentre os que diziam conhecer o Conselho Local cinco entrevistados, três homens e duas mulheres, responderam, mesmo que de maneira incorreta à pergunta “Para quê serve o Conselho Local”:

“O conselho é procurar pessoas certas para explicar a situação do que é necessário fazer.” (Entrevistado A, 52 anos).

“Para uma melhor administração da saúde, para orientar as pessoas, administrar o trabalho e mostrar os pontos *facultativos* da saúde.” (Entrevistada B, 35 anos).

O controle social faz parte do benefício familiar. (Entrevistado G, 45 anos).

“O Conselho Local tem de prestar limpeza, trabalho, ajudar e conviver também.” (Entrevistado C, 24 anos).

“Agora é difícil. É uma coisa que está localizada em um lugar, não é isso?” (Entrevistada D, 30 anos).

Quase a totalidade desconhecia o significado da expressão “controle social”. Apenas dois entrevistados, um homem e uma mulher, afirmaram conhecer o termo controle social:

“Controle Social é o controle de natalidade infantil, o controle da sociedade.” (Entrevistada E, 32 anos)

“Pra mim significa ter mais cuidados em certas coisas.” (Entrevistado A, 52 anos).

Apesar de estarem aguardando atendimento numa Unidade de Saúde da Família - exceção feita aos entrevistados da Unidade do Programa Agentes Comunitários de Saúde - boa parte dos entrevistados também desconhecia o Programa Saúde da Família, que começou a ser implantado em Vitória da Conquista há 12 anos. Quem afirmou conhecer deu as seguintes respostas:

“Eu nunca participei, eu sei que é da Unidade da Família.” (Entrevistada E, 32 anos)

“É dar assistência na área de saúde as famílias mais necessitadas.” (Entrevistado A, 52 anos).

“Eu não conheço bem, sei que traz benefícios para os familiares, para as pessoas.” (Entrevistada F, 35 anos)

“Programa Saúde da Família é a limpeza, ter mais higiene, só.” (Entrevistado B, 24 anos).

“É o posto de saúde daqui. Quem financia é o governo.” (Entrevistada F, 26 anos)

“Programa Saúde da Família é financiado pelo governo para dar melhoria para os familiares de baixa renda.” (Entrevistado G, 45 anos).

Muitos entrevistados apontaram o Governo Lula, e não o Governo Federal, como financiador do Programa, personalizando um trabalho iniciado no país há mais de 15 anos e que não pertence às figuras políticas, mas fruto de uma construção coletiva que teve seu início a partir da Constituição de 1988. Um entrevistado chegou a apontar que o PSF é específico para o Nordeste do Brasil:

“A gestão dele (de Lula) foi a que mais motivou a população nordestina, ele fez este plano mais voltado para as pessoas nordestinas, mais fracas, menos favorecidas.” (Entrevistado G, 45 anos).

Esta pequena amostra demonstra que o processo educativo, elencado pelos conselheiros pertencentes à equipe como um dos maiores avanços do Conselho Local, atingiu uma quantidade limitada de pessoas, notadamente os conselheiros usuários e o restrito número de usuários que participa das reuniões dos Conselhos. Pelo que se pode apreender das entrevistas as noções de higiene pessoal, disseminadas pelo PSF, estão bem sedimentadas, mas a noção política que o processo desencadeado pelo controle social deveria empreender ainda carece de muito investimento em informação.

Em muitos momentos, nas entrevistas com os conselheiros usuários, tivemos afirmativas, mesmo que raras, sobre a existência de sugestões para a implantação de políticas públicas oriundas de discussões do Conselho Local. No entanto, os entrevistados não souberam que sugestões

ou políticas eram essas, demonstrando que só responderam afirmativamente com o objetivo de não se mostrar desconhecedor do assunto.

Em relação a esta questão, a de formulação de políticas públicas, a maioria dos conselheiros, tanto usuários, quanto profissionais, informaram que os Conselhos não atuam na formulação de políticas públicas para o Município. Entre os profissionais da equipe esta resposta foi unânime.

A não formulação e o não planejamento desrespeitam o Regimento dos Conselhos Locais de Saúde de Vitória da Conquista e a Portaria 648/2006 do Ministério da Saúde, como vimos no capítulo anterior. Os Conselhos Locais, também de acordo com as entrevistas, não exercem fiscalização dos serviços de saúde. Tendem, em muitos casos, a fazer solicitações de ações que por si só deveriam ser realizadas pelo Poder Público sem a intervenção de ninguém, a exemplo da limpeza pública e do saneamento básico. Em poucas palavras, uma conselheira pertencente à equipe de profissionais do PSF, definiu para que servem as reuniões do Conselho:

“A reunião do conselho é como se fosse um espaço para lavar roupa suja entre nós e os usuários.”

Seria injusto definir a atuação dos Conselhos locais apenas sob este prisma. A partir da instituição do Conselho local os usuários puderam criticar mais, sugerir mais, questionar mais e reivindicar mais. Agora, dentro de espaço próprio, institucionalizado. Resultados efetivos não chegaram a acontecer, mas o importante seria evitar o desestímulo e garantir que a insistência permita a construção de um espaço realmente democrático e de participação, para que a comunidade possa interferir nas políticas de saúde e, a partir delas, em outros processos cotidianos de participação comunitária e controle social, evitando, no futuro, respostas como a dada por uma conselheira usuária que traduzem a ingenuidade de uma comunidade que sempre viveu à margem das decisões e sempre esperou pela tutela de alguém:

“Pergunta: Quem resolve os problemas da sua Unidade?”

“Resposta: Seu Zé da Paz é que resolve sempre.”

“Pergunta: Quem é seu Zé da Paz?”

“Resposta: Ele é o presidente da Associação de Moradores.”

Considerações finais

Num país onde as denúncias de corrupção e de desvio de dinheiro público se sucedem num ritmo alucinante, as possibilidades de sucesso das políticas dependem, e muito do olhar atento da sociedade sobre o destino do dinheiro público. (Tatagiba, *in* Dagnino, 2002, p.91)

A árdua tarefa de garantir o empoderamento dos cidadãos, permitindo um controle social amplo e concreto esbarra, principalmente, na ausência da vontade política de permitir que a comunidade interfira realmente nas ações políticas dos governantes. Os artifícios e meios utilizados para burlar as determinações legais são inúmeros e apresentados em vários estudos sobre o tema. No caso concreto de Vitória da Conquista, dentro de um governo que se afirma como democrático, foi possível observar o aparelhamento do Conselho Municipal de Saúde, condicionando o grupo de conselheiros membros ativos, política e tecnicamente, da Administração Municipal. Mesmo representando seus órgãos de classe foi possível inferir que tais representantes votariam de acordo com os interesses da Secretaria de Saúde. Assim sendo, o que se vê não é controle, mas cooptação. Em algumas atas estudadas foram registradas reclamações de conselheiros em relação às contas da Secretaria, cujos números são, primeiramente, encaminhados ao Tribunal de Contas do Estado, e só depois avaliados pelo Conselho. O questionamento que se fazia era de que como seria possível desaprovar algo já aprovado antes pelo Tribunal, órgão tecnicamente gabaritado para a questão. Não há o que examinar quando a instituição máxima, distante quilômetros da realidade conquistense, já deu seu aval, sua aprovação.

Aparelhamento de espaços é antigo artifício político para garantir que as decisões de dado grupo sejam levadas a cabo, é o poder da maioria construída para impedir a ação dos membros que não possuem o mesmo grau de organização. Essa realidade é antagônica com a noção de democracia e intensamente divergente com o conceito de controle social.

Em relação aos Conselhos Locais é facilmente observável que funcionários das equipes tentem a não desagradar os gestores que estão de plantão no poder. Contratados pela CLT e não como servidores públicos concursados, podem, a qualquer momento, ser dispensados do emprego. Garantir um controle que possa ferir os interesses da Secretaria e de seus gestores pode ser o caminho mais curto para a demissão.

A prova mais concreta desse fato não está apenas nas ações de curto calibre desenvolvidas pelos Conselhos Locais, ou mesmo no esquecimento das funções básicas que o Conselho deveria ter, a partir de documentos, como o já citado Regimento dos Conselhos Locais de Vitória da Conquista. Esta prova está no silêncio dos que optaram por não mais falar, depois que a Secretaria de Saúde expediu ofício determinando que entrevistas não fossem dadas. Foi traduzido na negativa de assinar documento sobre entrevistas já realizadas e concedidas de livre e espontânea vontade. Também residiu no medo da profissional que buscou, como informado na Introdução, a assinatura da pesquisadora em pleno Centro de Vitória da Conquista. Era o medo de perder o emprego, de perder a função. Com vínculos dessa natureza e medo não se constrói nenhum controle. O controle necessita de independência, seja política ou econômica. Para os funcionários das equipes de Saúde da Família e do Programa Agentes Comunitários de Saúde, essa independência jamais vai existir, pelo menos enquanto os vínculos funcionais estabelecidos forem mantidos da forma que hoje existem.

A população local, como vimos através das entrevistas, não está devidamente informada sobre o processo do controle social, não consegue assimilar as funções do Conselho Local e, em alguns casos, é utilizada como

massa de manobra na defesa do Governo Municipal. A grande maioria sequer possui o nível fundamental completo, o que não seria empecilho algum para assumir a função caso tivessem recebido realmente formação para exercer a tarefa.

Vitória da Conquista já foi referência nacional em Saúde Pública e em 2007 foi premiada pela atuação de seu Conselho Municipal. Ao que tudo indica, os avaliadores não conseguiram chegar realmente perto do verdadeiro Conselho, aquele que as atas não conseguem esconder, e que o medo não consegue deixar de expor sua verdadeira configuração.

Conforme com a opinião de estudiosos dessa temática, a participação organizada da Sociedade Civil e o surgimento dos Conselhos foram conquistas significativas. Outros pesquisadores já apontaram as dificuldades encontradas para os conselheiros em geral, desde aspectos históricos predominantes na vida política nacional como os aqui elencados, até aspectos vigentes em cada município com suas peculiaridades como o caso de Vitória da Conquista. Esses estudos detectaram e apontaram a necessidade imperiosa de uma capacitação desses conselheiros, tanto no sentido técnico quanto no sentido político.

Uma questão de fundo, recorrente desde a sua origem, se centra no fato de que a maioria dos Conselhos cumpre uma função consultiva, e a sua vocação esperada é a de que eles tenham um papel deliberativo. Os setores organizados devem pressionar nesse sentido.

Concordando com essa avaliação, registro que é preciso que as sociedades envolvidas tomem consciência dessas questões e implementem medidas concretas para uma efetiva participação cidadã. O que exige um conhecimento da natureza institucional e das finalidades dos Conselhos, bem como das avaliações sobre a dinâmica dos mesmos, conhecimento esse que deve ser disseminado para as populações - algo que é reconhecidamente uma tarefa complexa -, por parte das famílias, escolas, comunidades, igrejas e meios de comunicação de massa etc. Estudos de caso, como o aqui

desenvolvido, acrescentam elementos para o conhecimento dessa problemática, os quais, ciente dos limites apresentados nessa dissertação, espero que possam contribuir para uma democracia participativa.

Anexos

I – Questionário de entrevistas feito aos conselheiros:

- 1- Para o senhor o que significa controle social?
- 2- Há quanto tempo o senhor atua como conselheiro?
- 3- Antes de ser conselheiro já se interessava e participava das reuniões do Conselho Local?
- 4- Quais são as principais reivindicações deste Conselho Local?
- 5- Elas são efetivamente atendidas pela Secretaria Municipal de Saúde ou pelo Conselho Municipal?
- 6- Como são encaminhadas?
- 7- Quais os avanços obtidos pelo seu Conselho Local desde que foi implantado?
- 8- Quais são suas maiores críticas ao atendimento pela gestão das necessidades locais de saúde?
- 9- E quais os maiores acertos?
- 10- Existem problemas na sua Unidade Básica? Como eles são resolvidos e por quem?
- 11- Como a população é mobilizada para participar do Conselho?
- 12- O senhor acredita que os usuários do sistema conhecem o Conselho e sabem da sua importância?
- 13- Como é feita a escolha dos conselheiros?
- 14- Todos os conselheiros recebem capacitação para participar do trabalho?
- 15- Como é feita a capacitação e o quê o senhor aprende nela?
- 16- O que é o PSF e como ele é financiado?
- 17- Como o conselho local atua no sentido de ajudar o Conselho Municipal a formular as políticas de saúde para o município?
- 18- O senhor é vinculado a algum partido político ou associação de classe?

II – Questionário de entrevistas feito aos usuários:

- 1- O senhor conhece o Conselho Local de Saúde?
- 2- Para que serve o Conselho Local?
- 3- O senhor já ouviu falar em controle social?
- 4- Já participou ou foi chamado a participar de alguma reunião do Conselho?
- 5- Conhece algum Conselheiro?
- 6- O que é o PSF e como ele é financiado?

III – Cópia do documento exigido pela Secretaria de Saúde de Vitória da Conquista que impedia a publicação do trabalho antes do recebimento do mesmo pela gestão



PREFEITURA MUNICIPAL DE VITÓRIA DA CONQUISTA

www.pmvc.com.br

TERMO DE COMPROMISSO

Eu, _____,

assumo o compromisso de encaminhar o trabalho final monografia ou artigo, em capa dura, para Comissão de Ensino e Pesquisa no Pólo de Educação Permanente em Saúde, antes da sua publicação / apresentação e exposição em Congresso, Seminário, Simpósio, Fórum, etc, intitulada:

realizada na Unidade _____, no período de _____, sob a orientação de _____.

Vitória da Conquista, ____ de _____ de _____

Assinatura do Aluno

Assinatura do Orientador

Referências Bibliográficas

ACIOLE, G. G. *Uma abordagem das dimensões pedagógicas do controle social no SUS*. Saúde em Debate, v. 30, p. 161-178. Rio de Janeiro: Cebes, 2006.

AMMANN, S. B. *Participação Social*. 3ª ed. São Paulo: Cortez & Moraes, 1980.

ARRETCHE, M.. *Federalismo e políticas sociais no Brasil: problemas de coordenação e autonomia. São Paulo em Perspectiva*. São Paulo:EDUC, 2004. Disponível em www.scielo.br. Acesso em 07 de agosto de 2008.

_____. *Relações Federativas nas Políticas Sociais. Educação e Sociedade*, v.23, n.80. Campinas, SP, 2002. Disponível em www.scielo.br. Acesso em 07 de agosto de 2008.

BETTIOL, L. M. *Saúde e participação popular em questão – O Programa Saúde da Família*. São Paulo: UNESP, 2006.

CARVALHO, A. I. *Conselhos de Saúde no Brasil: participação cidadã e controle social*. Rio de Janeiro: Fase: IBAM, 1995

CARVALHO, J. M. *Cidadania no Brasil: o longo caminho*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2002.

CARVALHO, M. C. B. *Avaliação Participativa*. In: Maria do Carmo Brant de Carvalho. (Org.). *Avaliação de Políticas Sociais: uma questão em debate*. São Paulo: Cortez, 1998.

CHAIA, V.; TÓTORA, S. *Cadernos MetrÓpole* n. 8. São Paulo, 2002. Disponível em <http://web.observatoriodasmetrololes.net>. Acesso em dezembro de 2008.

COELHO, V.S. *Democratização dos Conselhos de Saúde: o paradoxo de atrair não aliados*. Novos Estudos. CEBRAP, v. 78, p. 77-92, 2007. Disponível em <http://www.scielo.br>. Acesso em dezembro de 2008.

CORREIA, M.V.C. *Que controle social? Acompanhamento dos recursos financeiros pelo Conselho de Saúde*. (Mimeo. Texto elaborado para subsidiar a IV plenária Estadual de Saúde de Alagoas). Maceió/ outubro de 2001b.

_____. *Que controle social na política de Assistência Social? Revista Serviço Social & Sociedade*, número 72. São Paulo: Cortez, 2002.

DAGNINO, E. (Org). *Sociedade Civil e Espaços Públicos no Brasil*. São Paulo: Paz e Terra, 2002.

DEMO, P. *Cidadania Tutelada e Cidadania Assistida*. Campinas: Autores Associados, 1995.

_____. *Metodologia do Conhecimento Científico*. São Paulo: Atlas, 2000.

DOIMO, A. M. *A vez e a voz do popular. Movimentos sociais e participação política no Brasil pós 70*. Rio de Janeiro: Relume – Dumará: ANPOCS, 1995.

FOCAULT, M. *Microfísica do Poder*. Rio de Janeiro: Graal, 1979.

FRANCO, T.; MERTHY, E. *PSF: Contradições e novos desafios*. Belo Horizonte / Campinas. Março de 1999. Disponível em <http://www.datasus.gov.br/cns/temas/tribuna/PsfTito.htm>. Acesso em 10 de dezembro de 2009.

GEERTZ, C. *O saber: novos ensaios em antropologia interpretativa*. Trad. Mellojoscelyne. Rio de Janeiro: Petrópolis, 2001.

GOHN, M. G. *Conselhos gestores e participação sócio-política*. São Paulo: Cortez, 2001.

GOULART, F. A. A. *Representações sociais, ação política e cidadania*. Cadernos de Saúde Pública. Rio de Janeiro: Cebes. V.9, n.4, 1993.

JACOBI, P. *Poder local, políticas sociais e sustentabilidade*. *Saúde & Sociedade*. Fev 1999, vol.8, no.1, p.31-48. Disponível em <http://www.scielo.br>. Acesso em outubro de 2008.

_____. *Políticas sociais locais e os desafios da participação cidadina*. *Ciência e Saúde Coletiva*, 2002, vol.7, no.3. Disponível em <http://www.scielo.br>. Acesso em janeiro de 2009.

JACOBI, P. R. *Políticas Sociais e ampliação da cidadania*. Rio de Janeiro: FGV, 2000.

LYRA, R.P. *Os Conselhos de direitos do homem e do cidadão e a democracia participativa*. In: Lyra. *A nova esfera pública da cidadania*. João Pessoa, PB: Ed. Universitária da UFPB, 1996.

MARSIGLIA, R. M. G. *Funcionários públicos, Estado e saúde no Brasil*. *Saúde e Sociedade*. 1993, v. 2, n. 1, pp. 93-118. Disponível em <http://www.scielo.br>. Acesso em janeiro de 2009.

MARTINI, D.; FACHIN, R.S.; RIBEIRO, E.M. *A necessária articulação entre os espaços de controle social*. Anais do II Seminário Nacional Movimentos Sociais, Participação e Democracia, 2. Florianópolis:UFSC, 2007. Disponível em www.npms.ufsc.br.

Ministério da Saúde. *"Saúde da Família: Uma Estratégia de Organização dos Serviços de Saúde"*; Ministério da Saúde, mimeo, Brasília; março de 1996.

MOREIRA, O. *Gestão Pública Social nos Conselhos Municipais da região do Brejo da Paraíba mudanças e continuidades*. São Paulo: PUC-SP, 2002 (Doutorado em Ciências Sociais)

MORITA, I. *Conselho e Conselheiros Municipais de Saúde: que trama é esta?* São Paulo: PUC-SP, 2002 (Doutorado em Ciências Sociais)

OLIVEIRA, F. Reforma do Estado e democratização do poder local. In: *Revista do Fórum de Participação Popular nas Administrações Municipais*. Nº 1, São Paulo: Polis, Instituto Cajamar, Ibase, 1995.

PAOLI, M. C.; TELLES, V. S. *Direitos sociais: conflitos e negociações no Brasil contemporâneo*. In: ALVARES, S.E.; DAGNINO, E; ESCOBAR, A. (Org.). *Cultura epolítica nos movimentos sociais latino-americanos*. Belo Horizonte: UFMG, 2000,

PIMENTA, A. e LOPES, G. *Conselhos locais de saúde em Chapecó*. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE SAÚDE COLETIVA, 6, 2000, Salvador, Bahia, 2000.

RAICHELIS, R. *A esfera pública e Conselhos de Assistência Social: caminhos da construção democrática*. São Paulo: Cortez, 1998.

RORHBARD, M. N. *Esquerda e Direita – Perspectivas para a liberdade*. 2 ed., Rio de Janeiro: José Olympio, 1979.

SANTOS, W. G. *Cidadania e justiça: a política social na ordem brasileira*. Rio de Janeiro: Campus, 1979.

SILVA, M. L. C.; WANDERLEY, M. B.; PAZ, R D. O. (Orgs.). *Fóruns e Movimentos Sociais na cidade de São Paulo*. São Paulo: Pólis e IEE/PUCSP, 2006.

SIMIONATTO, I.; NOGUEIRA, V. M. R. *Pobreza e Participação: o jogo das aparências e as armadilhas do discurso das agências multilaterais*. Revista Serviço Social & Sociedade. São Paulo Cortez, Ano XXII, nº66, jul./2001.

SINGER, P.; CAMPOS, O.; OLIVEIRA, E.M. *Prevenir e Curar, o controle social através dos Serviços de saúde*. 3. Ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1988.

STOTZ, E. N. *Trajetórias, limites e desafios do controle social do SUS*. Saúde em Debate. Rio de Janeiro: Cebes. V. 30, 2006.

TEIXEIRA, C.; SOLLA, J. *Modelo de atenção à saúde, Promoção, Vigilância e Saúde da Família*. Salvador: EDUFBA, 2006

WANDERLEY, L.E.; CASTEL, R.; WANDERLEY, M.B. *Desigualdade e a questão social*. São Paulo: EDUC, 2007, 3ª. ed..

WANDERLEY, L.E. *Saúde e revisão constitucional: controle social e formas organizacionais do SUS*. Organização Panamericana de Saúde. Brasília, DF, 1993.

WEBER, M. *Ensaio de Sociologia*. Rio de Janeiro: Zahar, 1971, 2ª. ed.

Documentos Pesquisados

Atas – Conselho Municipal de Saúde – Vitória da Conquista, 2007.

Banco Mundial. *Relatório sobre o desenvolvimento mundial. O Estado num mundo de transformação*. Banco Mundial, Washington, DC, 1997.

Constituição da República Federativa do Brasil, 1988.

Constituição do Estado da Bahia , 1989.

Conferência Nacional de Saúde 8., 1986, Brasília, DF. Relatório Final. Centro de Documentação do Ministério da Saúde. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/biblioteca.htm>. Acesso em 02 de outubro de 2008.

_____ 9. 1986, Brasília, DF. Relatório Final. Centro de Documentação do Ministério da Saúde. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/biblioteca.htm>. Acesso em 02 de outubro de 2008.

Declaração de Alma-Data, Casaquistão, URSS, 1978.

Emenda Constitucional nº 29. Brasília, 2000.

Lei 8.080, Brasília, 1990

Lei 8.142. Brasília, 1990

Lei Municipal 768. Vitória da Conquista, Bahia, 1998.

Lei Orgânica do Município de Vitória da Conquista, Bahia, 1996.

Ministério da Educação. Emenda Constitucional n. 14. Brasília, DF, 1996.

Disponível em: <http://portal.mec.gov.br>. Acessada em 12 de agosto de 2008.

Ministério da Saúde. Lei Nº 9.424, de 24 de dezembro de 1996. Brasília, DF, 1996. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br>. Acessada em 12 de agosto de 2008.

_____. Norma Operacional Básica 1996. Brasília, DF, 2007. Disponível em: <http://siops.datasus.gov.br>. Acessada em 11 de agosto de 2008.

_____. Portaria 1742. Brasília, 1996.

_____. Portaria 648. Brasília, 2006.

_____. Termo de Compromisso de Gestão Municipal, Brasília, 2006.

Proposta de Regimento Interno para os Conselhos Locais de Saúde. Vitória da Conquista, Bahia, 2000.

Relatório do I Encontro de Conselheiros Locais de Saúde de Vitória da Conquista, Bahia, 2000.

Resolução 333. Conselho Nacional de Saúde, Brasília, 2003.

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](#)