



Universidade Estadual do Ceará - UECE

José Patrício Bispo Júnior

**Conselhos Municipais de Saúde em Municípios de
Pequeno Porte**

Fortaleza-CE
2005

Livros Grátis

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

Milhares de livros grátis para download.

Universidade Estadual do Ceará - UECE

José Patrício Bispo Júnior

Conselhos Municipais de Saúde em Municípios de Pequeno Porte

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado Acadêmico em Saúde Pública do Centro de Ciências da Saúde, da Universidade Estadual do Ceará, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre.

Área de Concentração - Políticas e Serviços de Saúde

Orientador: Prof. Dr. José Jackson Coelho Sampaio

Fortaleza-CE
2005

Universidade Estadual do Ceará – UECE
Curso de Mestrado Acadêmico em Saúde Pública - CMASP

**Conselhos Municipais de Saúde em Municípios de
Pequeno Porte**

José Patrício Bispo Júnior

Defesa em 17 de Outubro de 2005

Conceito Obtido - Aprovado

Nota Obtida - 10,0 – Com Louvor

Banca Examinadora

José Jackson Coelho Sampaio, Prof. Dr.
Orientador

Mauro Serapioni, Prof. Dr.

Anamaria Cavalcante e Silva, Prof^a. Dr^a.

Esse trabalho é dedicado a todos os conselheiros de saúde,
que muitas vezes, mesmo diante do desmando, da ameaça e
da opressão seguem firmes em nossos propósitos de
construção do SUS que sonhamos.

AGRADECIMENTOS

Ao Prof. Dr. José **Jackson** Coelho Sampaio, amigo orientador, pela presteza e disposição em compartilhar o seu saber, contribuindo significativamente para o meu amadurecimento intelectual e acadêmico.

À **Fundação Cearense de Apoio ao Desenvolvimento Científico e Tecnológico - FUNCAP**, concessionária da bolsa de Pós-graduação, sem a qual esse estudo não teria sido possível realizar.

AGRADECIMENTOS PESSOAIS

À **DEUS** pelo Dom da Vida.

Aos meus pais **Bispo** e **Damiana**, mais do que genitores, amigos e apoiadores incondicionais dessa minha caminhada, e a minha irmã **Karine** presença constante mesmo em momentos de ausência.

A **Kelly**, pelo amor compartilhado e pela dedicação e incentivos constantes.

Aos Maia de Messias (**Pedro, Ivonele, Erick e Gretha**) pelos momentos compartilhados, incentivos e acolhida em seu seio familiar.

Aos **Colegas do CMA SP**, em especial ao amigo **Aníbal**, pelas discussões, contribuições e solidariedade no apoio a um forasteiro.

Aos amigos **Welton, Zonaldo, Gomes e Brito**, encontrados e reencontrados talvez ocasionalmente, que me deram guarida e apoio decisivos na minha estada nessa terra de Iracema.

À **Mônica, Mardênia, Cleonice, Mairla e Rocemilda** amigas que compartilharam comigo momentos de angústia e momentos de júbilo.

Aos Prof. Dr. **Alcides** Miranda e **Mauro** Serapiolini, instigadores de muitas reflexões.

*Há muito tempo que eu saí de casa.
Há muito tempo que caí na estrada.
Há muito tempo que eu estou na vida.
Foi assim que eu quis e assim eu sou feliz.*

*Principalmente por poder voltar
a todos os lugares onde já cheguei.
Pois lá deixei um prato de comida
um abraço amigo que é pra dormir e sonhar.*

*E aprendi que se depende sempre
de tanta muita diferente gente.
Toda pessoa sempre é as marcas
das lições diárias de outras tantas pessoas.*

***E é tão bonito quando a gente entende
que a gente é tanta gente onde quer que a gente vá.
É tão bonito quando a gente sente
que nunca está sozinho por mais que pense estar.***

*É tão bonito quando a gente pisa firme
nessas linhas que estão nas palmas de nossas mãos.
É tão bonito quando a gente vai a vida
nos caminhos onde bate bem mais forte o coração.*

[Caminhos do Coração (Pessoa = Pessoas), Gonzaga Jr., 1982]

RESUMO

A história do Brasil é marcada por ampla participação popular nas grandes transformações do país. No decorrer de décadas, mobilizações e lutas populares foram decisivas para as conquistas dos direitos civis, políticos e sociais. Na área de saúde a principal conquista foi a criação do Sistema Único de Saúde, sistema idealizado com o firme propósito de alterar a desigualdade da assistência à saúde no Brasil, e alicerçado nos princípios de universalidade, integralidade, equidade, descentralização, regionalização e controle social. Com a garantia do princípio do controle social, a participação social é institucionalizada na área de saúde, devendo a mesma ser exercida por meio das conferências e conselhos de saúde. Em virtude da grande quantidade de municípios de pequeno porte no Brasil e das complexas relações políticas estabelecidas nesses espaços, o presente estudo tem por objetivo geral compreender o exercício do controle social em municípios de população de até 10.000 habitantes. Trata-se de um estudo comparado entre municípios dos estados da Bahia e do Ceará, onde foram escolhidos um município de cada estado, Lafayette Coutinho-BA e Groaíras-CE, para a realização da pesquisa. Os dados foram obtidos por meio de análise documental, incluindo as atas de todo o período de existência dos conselhos, e de entrevistas com informantes-chaves. O estudo segue uma linha dialética, por ser esse um método capaz de apreender as complexas relações estabelecidas no âmbito dos conselhos. Para análise das entrevistas foi utilizada a Técnica de Análise do Discurso. Foram realizados dois estudos de casos e, posteriormente, na etapa de comparação, foram analisadas as características comuns entre os dois municípios e destacadas as características ímpares e peculiares de cada caso. As principais semelhanças entre os dois casos são: desrespeito às normas de funcionamento do conselho; fragilidade nas instituições de representação popular; influência da gestão municipal no funcionamento do conselho; debilidades no processo de capacitação de conselheiros; incapacidade do conselho em fazer cumprir suas deliberações; deficiências no acompanhamento da gestão financeira da saúde municipal; grande assimetria nas relações de poder; dentre outras. Os conselhos apresentam serias limitações no exercício do Controle Social, atuando muito mais como homologadores das decisões proferidas pelas secretarias de saúde, do que como foro de construção e acompanhamento das políticas de saúde municipais. Como estratégias para transformação dessa situação sugere-se o fortalecimento das entidades de representação popular e a capacitação continuada de conselheiros e gestores, com o intuito de se promover um pacto de responsabilidade capaz de conduzir a reversão da situação sanitária brasileira.

Palavras Chave- Participação Social; Estudos Comparados; Municípios de Pequeno Porte; Sistema Único de Saúde.

ABSTRACT

The history of Brazil is marked by a significant popular participation in the major transformations in the country. Throughout the decades, mobilizations and popular struggles were decisive to gain civil, political and social rights. In Health Care the most important advancement was the creation of the Unified Health System, a system idealized with the goal of changing the inequalities in health care in Brazil, based on the principles of Universality, Integrality, Decentralization, Equality, Regionalization, and Social Control. Under the principle of Social Control, popular participation is institutionalized in Health Care, to be implemented by conferences and health councils. Due to the large proportion of small-sized municipalities in Brazil and to the complex political relation existent in these locations, the present study aims at comprehending the exercise of social control in municipalities fewer than 10,000 inhabitants. It is a comparative study between municipalities in Bahia (BA) and Ceará (CE), where one municipality was chosen in each state, Lafayette Coutinho-BA e Groaíras-CE, to be included in the research project. Data came from analysis of documentation, including records of all meeting of the councils, and interviews with key-informants. The study follows a dialectical framework, as this method allows the understanding of the complex relationships establish in the councils. In order to analyse the interviews were applical the Technique of Discuss Analysis. Two case studies were completed, and then in the comparison phase, we analyzed shared and unique characteristics, highlighting the peculiarities of each case. The main similarities between the two locations were: not following the norms for the workings of health councils, frailties in the institutions of popular representation, influence of the current administration in the workings of the council, debilities in the process of training for councilors, incapacity of the council to make its decisions followed, deficiencies in the tracking of financial decisions in health care, asymmetry in power relations, among others. The councils present serious limitations in the exercise of social control, acting more as a ratifying stance, to decisions taken by the local health authority, then as a forum for the construction and following of health policies. As strategies to transform this situation we recommend the strengthening of entities of popular representation, and the continuing training of councilors and officials, aiming at promoting a responsibility pact capable of reversing the Brazilian sanitary situation.

Key words- Social Participation; Comparative Studies; Small-sized Municipalities; Unified Health System.

SUMÁRIO

LISTA DE ABREVIATURAS.....	10
LISTA DE TABELAS.....	11
LISTA DE FIGURAS E QUADROS.....	12
1. INTRODUÇÃO	13
1.1- Questão Norteadora	21
1.2- Objetivos	21
2. TRATAMENTO METODOLÓGICO	22
2.1. Tipologia do Estudo.....	22
2.2. Campo de Estudo	23
2.3. Apreensão dos dados e informações.....	26
2.4. Caracterização dos Entrevistados	29
2.5. Análise dos dados	32
2.6. Categorias Teóricas Principais	33
2.7. Questões éticas.....	37
3. CAPÍTULO I - O Caso Lafayette Coutinho	39
3.1. Compreendendo o Campo	39
3.1.1 Infra Estrutura de Bens e Serviços	40
3.1.2 População	43
3.1.3 Desenvolvimento Econômico e Social	44
3.1.4 Organização dos Serviços de Saúde	46
3.2. Funcionamento do Conselho	48
3.2.1. Instalação e Formação Inicial	51
3.2.2 Freqüência das Reuniões	53
3.2.3 Composição do Conselho.....	55
3.2.4 Freqüência dos Conselheiros	59
3.3. Atuação do CMS e suas Deliberações	61
3.3.1 Estado de Saúde e Políticas Públicas	62
3.3.2 Organização e Funcionamento dos Serviços de Saúde	64
3.3.3 Prestação de Contas e Gestão Financeira	67
3.4. O que dizem os Atores	70
3.4.1 Participação	70
3.4.2 Funcionamento do Conselho	75
3.4.3 Prestação de Contas e Denúncias de Irregularidades Financeiras.....	84
3.4.4 Capacitação	86
3.4.5 Escolha dos Conselheiros e a relação representante X entidade.....	89
3.4.6 Interferência Política	93
4. CAPÍTULO II - O Caso Groaíras	98
4.1. Compreendendo o Campo	98
4.1.1 Infra-estrutura de Bens e Serviços	99
4.1.2 População	102
4.1.3 Desenvolvimento Econômico e Social	103
4.1.4 Organização dos Serviços de Saúde	105
4.2. Funcionamento do Conselho	107
4.2.1 Instalação e Formação Inicial	111
4.2.2 Freqüência das Reuniões	113
4.2.3 Composição do Conselho	116
4.2.4 Freqüência dos Conselheiros	120
4.3. Atuação do CMS e suas Deliberações	122

4.3.1	Estado de Saúde e Políticas Públicas	123
4.3.2.	Organização e Funcionamento dos Serviços de Saúde	129
4.3.3.	Prestação de Contas e Gestão Financeira	134
4.4.	O que dizem os atores	137
4.4.1.	Primeiros Passos	137
4.4.2.	Participação	139
4.4.3.	Funcionamento do Conselho	145
4.4.4.	Presidência do Conselho	154
4.4.5.	Prestação de Contas	156
4.4.6.	Capacitação	157
4.4.7.	Escolha dos Conselheiros e a relação representante X entidade	162
4.4.8.	Interferência Política	165
5.	CAPÍTULO III – Análise Comparada: Lafayette Coutinho e Groáiras	169
5.1.	Estrutura, Organização e Situação dos Municípios Estudados	169
5.2.	Funcionamento dos Conselhos	170
5.3.	Atuação dos CMS e suas Deliberações	173
5.4.	O que dizem os atores	175
6.	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	181
	REFERÊNCIAS	185
	ANEXOS.....	189
	ANEXO A.....	190
	ANEXO B.....	191

LISTA DE ABREVIATURAS

ACS - Agentes Comunitários de Saúde
CAGECE – Companhia de Água e Esgoto do Ceará
CESAU - Conselho Estadual de Saúde do Ceará
CIB - Comissão Intergestora Tripartite
CIMS - Comissão Insterinstitucional Municipal de Saúde
CMS - Conselho Municipal de Saúde
COHAB – Companhia de Habitação
DIRES - Diretoria Regional de Saúde
EMATERCE - Empresa de Assistência Técnica e Extensão Rural do Ceará
FUNASA – Fundação Nacional de Saúde
GPAB - Gestão Plena da Atenção Básica
GPABA - Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada
GPSM - Gestão Plena do Sistema Municipal
NOB – Norma Operacional Básica
NOAS – Norma Operacional da Assistência a Saúde
PACS - Programa dos Agentes Comunitários de Saúde
PCCN - Programa de Combate às Carências Nutricionais
PSF - Programa de Saúde da Família
PPI - Programação Pactuada Integrada
SESA - Secretaria Estadual de Saúde do Ceará
SESAB - Secretaria de Saúde do Estado da Bahia
SISVAN - Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional
SMS - Secretaria Municipal de Saúde
STR – Sindicato dos Trabalhadores Rurais
SUDS - Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde
SUS - Sistema Único de Saúde
TCM- Tribunal de Contas dos Municípios

LISTA DE TABELAS

Tabela 01. Distribuição da população nos municípios brasileiros, 2000.	19
Tabela 02. Municípios Atendidos pelo do PSF. Bahia e Ceará, 2004.	24
Tabela 03. Cobertura populacional do PACS e do PSF. Bahia e Ceará, 2004.	24
Tabela 04. Acesso aos serviços básicos no município de Lafayette Coutinho, 1991 e 2000	41
Tabela 05. Estabelecimentos de Ensino Médio, Fundamental e Pré-escolar do município de Lafayette Coutinho, 2003.	42
Tabela 06. Matrículas no Ensino Médio, Fundamental e Pré-escolar. Lafayette Coutinho, 2003..	42
Tabela 07. Nível Educacional da população adulta. Lafayette Coutinho, 1991 e 2000	42
Tabela 08. População por situação de domicílio. Lafayette Coutinho, 1991 e 2000	43
Tabela 09. Longevidade, Mortalidade Infantil e Fecundidade. Lafayette Coutinho, 1991 e 2000 .	44
Tabela 10. Indicadores de Renda, Pobreza e Desigualdade. Lafayette Coutinho, 1991 e 2000 ..	45
Tabela 11. Índice de Desenvolvimento Humano Municipal. Lafayette Coutinho, 1991-2000	46
Tabela 12. Acesso aos serviços básicos. Groaíras, 1991 e 2000.	100
Tabela 13. Estabelecimentos de Ensino Médio, Fundamental e Pré-escolar. Groaíras, 2003. ...	101
Tabela 14. Matrículas no Ensino Médio, Fundamental e Pré-escolar. Groaíras, 2003.	101
Tabela 15. Nível Educacional da população adulta. Groaíras, 1991 e 2000.	102
Tabela 16. População por situação de domicílio. Groaíras, 1991 e 2000.	102
Tabela 17. Longevidade, Mortalidade Infantil e Fecundidade. Groaíras, 1991 e 2000.	103
Tabela 18. Indicadores de Renda, Pobreza e Desigualdade. Groaíras, 1991 e 2000.	104
Tabela 19. Índice de Desenvolvimento Humano. Groaíras, 1991-2000.	105
Tabela 20. Indicadores Populacionais, Econômicos e Sociais. Lafayette Coutinho-BA e Groaíras-CE. 2000.	169

LISTA DE FIGURAS E QUADROS

Figura 01. Limite Geográfico do Município de Lafayette Coutinho.....	39
Figura 02. Limite Geográfico do Município de Groaíras.	98
Quadro 01. Municípios pertencentes as Microrregionais de Jequié e Sobral	26
Quadro 02. Relação dos Atores Sociais entrevistados. Lafayette Coutinho e Groaíras, 2005	29
Quadro 03. Estrutura Física do Sistema de Saúde de Lafayette Coutinho, 2003.....	48
Quadro 04. Composição do CMS de Lafayette Coutinho, 1997.....	49
Quadro 05. Reuniões realizadas pelo CMS de Lafayette Coutinho, 1997-2004.....	54
Quadro 06. Composição do CMS de Lafayette Coutinho, 2001.....	58
Quadro 07. Estrutura Física do Sistema de Saúde de Groaíras, 2003.	107
Quadro 08. Composição da CIMS de Groaíras, 1989.	108
Quadro 09. Composição do CMS de Groaíras, 1992.	110
Quadro 10. Reuniões realizadas pelo CMS de Groaíras, 1989-2004.	115
Quadro 11. Composição do CMS de Groaíras, 1992.....	116
Quadro 12. Composição do CMS de Groaíras, 1997.....	117
Quadro 13. Composição do CMS de Groaíras, 2001.....	119
Quadro 14. Períodos de gestão dos Conselheiros de Saúde de Groaíras, 1989-2004.	121

1. INTRODUÇÃO

A história do Brasil é marcada por ampla participação popular nas grandes transformações do país. No decorrer de décadas, mobilizações e lutas populares foram decisivas para as conquistas de direitos, tanto os direitos civis e políticos, quanto os direitos sociais. A Constituição Federal de 1988, em seu artigo 6º, reconhece como direitos sociais dos brasileiros, “a educação, a saúde, o trabalho, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e a assistência aos desamparados” (BRASIL, 1988).

Na área da saúde, o principal avanço ocorreu com a criação do Sistema Único de Saúde - SUS, que do ponto de vista social, é considerado um dos sistemas de saúde mais avançados do mundo. O SUS foi criado e regulamentado, por meio da Constituição Federal, da Lei Orgânica da Saúde (Lei 8080/90, Lei 8142/90) e das Normas Operacionais (NOB 91; NOB 93; NOB 96; NOAS 2001), com o firme propósito de alterar a situação de desigualdade na assistência à saúde da população, universalizando o acesso em todos os níveis de atenção.

A Assembléia Nacional Constituinte, ocorrida em 1988, proclamou uma nova Constituição Federal, que instituiu a *saúde enquanto direito de todos e dever do estado* (BRASIL, 1988). Já em 1990 é proclamada a Lei Orgânica da Saúde, por meio da aprovação, subsequente, das leis 8080/90 e 8142/90. Essa legislação representa um incomensurável avanço no sistema de saúde brasileiro, estabelecendo como princípios do SUS, a universalização, a integralidade, a equidade, a descentralização, a regionalização e o controle social (BRASIL, 1990).

Com o princípio da universalização é garantida assistência à saúde a todos os cidadãos, diferentemente do período anterior, quando só tinham acesso aos serviços de saúde as pessoas contribuintes da Previdência Social. O SUS garante, através desse princípio, acesso aos serviços de saúde a todas as pessoas, independente de sexo, raça, renda, ocupação, religião e características sociais e pessoais. O princípio da equidade tem como objetivo diminuir desigualdades, pois apesar de todos terem direito aos serviços, as pessoas não são iguais, e por isso têm necessidades diferentes, portanto equidade significa tratar desigualmente os desiguais. Já a integralidade significa considerar o indivíduo como um todo, atendendo a todas as suas necessidades, sendo necessário a integração de ações,

incluindo a promoção da saúde, a prevenção de doenças, o tratamento e a reabilitação (CUNHA, s.d.).

Esses três princípios apresentados são classificados como princípios doutrinários, ou seja, eles são objetivos e metas estratégicas do SUS. Com o objetivo de organizar o sistema e fazer cumprir esses princípios, existem outros três princípios chamados de princípios organizativos. A descentralização, que transfere para estados e municípios a gestão do sistema, passando o município de simples executor de serviços, para o nível de definidor das políticas de saúde a serem implementadas e administrador do sistema, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros. A regionalização indica que os serviços devem ser organizados em níveis crescentes de complexidade, circunscritos a uma determinada área geográfica e planejados a partir de critérios epidemiológicos. Por fim, o princípio do controle social, que garante a participação popular no processo de formulação da estratégia e no controle da execução das políticas de saúde nas três esferas de governo. Esses princípios orientam o SUS para a garantia ao cidadão brasileiro de uma atenção a saúde qualificada e integral, do recém-nascido ao idoso, em todos os níveis de atenção (CUNHA, s.d.).

Diante do exposto, o controle social, conforme determinam as leis 8080/90 e 8142/90, passa a ser um dos requisitos fundamentais para a implantação e consolidação do SUS. Mas o que se pode entender por controle social? De acordo com uma revisão e sistematização da literatura sobre o tema (BOURDON, 1993; CARVALHO, 1995; CORREIA, 2000; CORTES, 2002; RIBEIRO, 1997; SANTOS & CARVALHO, 1992) controle social pode ser entendido como a articulação, a mobilização e a interferência da Sociedade Civil sobre o planejamento, implementação, avaliação e controle das ações do Estado. Sendo esse controle somente exercido por meio da participação popular, proposta por MISOCZKY (2003) como processo de envolvimento dos cidadãos com o intuito de redistribuir poder na sociedade, na perspectiva de se atingir maior equidade e justiça social.

Portanto, a participação popular e controle social, muito mais do que a finalidade de vigiar, controlar e até mesmo punir, como é entendido por alguns, têm a finalidade do exercício da democracia, da cidadania e da realização do homem enquanto ser social. O ser humano é em essência um ser participativo e a prática da participação facilita o crescimento da consciência crítica, fortalece o poder de mobilização e interação para o entendimento e condução da sua vida social. Assim

sendo, controle social e participação popular devem ser entendidos como processos de interação entre todos os setores e classes sociais com a finalidade de democratização do Estado e da Sociedade Civil, significando, portanto, conquista de cidadania plena (PAIM, 2002).

No SUS, o controle social é regulamentado por meio da Lei 8142/90. Essa lei institucionaliza a participação popular na gestão da saúde, tendo como instâncias legalmente instituídas as conferências e os conselhos de saúde.

O SUS (...) contará, em cada esfera de governo, sem prejuízo das funções do Poder Legislativo, com as seguintes instâncias colegiadas: 1- a Conferência de Saúde; e 2- o Conselho de Saúde (Brasil, 1990: Art 1)

Com relação aos conselhos de saúde, a referida lei ainda define que esses são de caráter permanente e definitivo e sua função é atuar na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde na instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros. A lei também é clara quanto à forma de composição dos conselhos. Em primeiro lugar, garante a representação dos seguintes segmentos: governo, profissionais de saúde, usuários e prestadores de serviços (públicos e privados). Em segundo lugar, no que se refere à composição de fato, define que 50% do número total de conselheiros deve ser de representantes dos usuários. O Conselho Nacional de Saúde - CNS, por meio de sua Resolução 333/03, recomenda que os outros 50% sejam distribuídas em 25% para trabalhadores em saúde e 25% para prestadores de serviços públicos e privados (BRASIL, 2003).

A concepção de gestão do SUS é essencialmente participativa e democrática. Nenhum gestor é senhor absoluto da decisão, ele deve ouvir a população e submeter suas intenções e ações à análise da sociedade para que, a partir de uma avaliação coletiva, o conselho de saúde possa decidir qual a melhor política a ser implementada. As decisões dos Conselhos de Saúde devem ser homologadas pelo chefe do poder executivo. O planejamento e as ações das políticas de saúde devem ser construídos coletivamente, levando-se em consideração as ponderações do poder executivo, as necessidades dos usuários e as experiências dos profissionais de saúde e dos prestadores.

No entanto, a existência de leis e normas não garante uma gestão democrática e participativa ao SUS. O peso de alguns fatores que, pela sua

presença ou ausência, em maior ou menor intensidade, podem ser decisivos para o pleno funcionamento dos conselhos de saúde. Segundo CORTES (2002: 38), dentre os fatores determinantes do processo participatório, existem cinco que são mais influentes:

- 1- Mudança recente na estrutura institucional do sistema de saúde brasileiro;
- 2- Organização do movimento popular e sindical;
- 3- Relacionamento entre profissionais de saúde pública e lideranças populares e sindicais;
- 4- Posição das autoridades federais, estaduais e municipais com relação a participação;
- 5- Dinâmica e funcionamento dos fóruns.

De acordo com a natureza desses fatores, duas considerações podem ser destacadas. Em primeiro lugar, deve-se considerar que esses determinantes relacionam-se e afetam-se mutuamente, e, portanto, estão em constante interação de um todo integrado e conflituoso. Em segundo lugar, dentre esses fatores, destacam-se como principais, o segundo e o quarto. Ou seja, mediante o contexto do funcionamento do Conselho, os fatores mais decisivos são a organização da população local e a disposição das autoridades em respeitar e incentivar as decisões coletivas.

A organização e a força do movimento popular e sindical podem determinar a participação de representantes legítimos e autônomos dos setores populares nos conselhos de saúde. No entanto, esses movimentos e seus representantes devem estar imbuídos de valores éticos e políticos, terem acesso à informação e devem possuir capacidade de articulação com outros setores, a fim de que possam manifestar suas insatisfações, propor ações viáveis e acompanhar a execução das políticas capazes de reverter a situação das desigualdades em saúde.

Com relação à posição do gestor, essa pode ser considerada fator decisivo para que o processo participativo ocorra de forma verdadeira e com caráter deliberativo. Gestores comprometidos com os princípios do SUS e, em especial, com o controle social, podem incentivar e despertar o interesse da população de seu município quanto a importância da participação da comunidade na elaboração e acompanhamento das políticas de saúde.

Segundo CORTES, o gestor tem em seu poder instrumentos administrativos e políticos que podem incentivar ou desestimular a participação em saúde, segundo a autora:

A posição das autoridades em saúde pode ser considerada decisiva, pois muitas vezes eles dirigem o conselho e a organização da conferência. Mesmo quando não é o caso, como gestores, eles influenciam diretamente: (1) na formação da agenda de discussão, (2) no funcionamento geral do fórum, (3) na possibilidade de cumprir as decisões ali tomadas e (4) na possibilidade de pressionar os demais gestores e os prestadores de serviços de saúde para o cumprimento das decisões. Salienta-se que, na medida em que avançar o processo de descentralização, mais importante se tornará o papel do gestor municipal no conjunto de sistema e sobre as possibilidades de haver participação dos usuários. (CORTES, 2002: 41).

O processo de acumulação do poder nos Conselhos de Saúde e a prática do controle social, segundo ALVES-SOUZA & SALIBA (2003) serão sempre facilitados na presença de um território comprometido com a ampliação dos canais de participação, em reforço ao processo de descentralização das ações de saúde. Denominando a redistribuição de poder entre as instâncias do sistema de saúde de *democratização da gestão social*.

Todavia, sendo intenção do gestor desenvolver práticas de centralização, autoritarismo e descompromisso social, quanto menor o município mais fácil de tornar-se despótico. Diversos estudos (ALVES-SOUZA & SALIBA, 2003; CORREIA, 2000; CORTES, 2002; WENDHAUSEN, 2002; WESTPHAL, 1995) têm apontado que as relações de poder tornam-se mais desiguais e inibem a participação popular em municípios de pequeno porte. Segundo CORTES:

Clientelismo e paternalismo ainda são características marcantes nas relações entre governo e grupos de interesse no Brasil, especialmente nas cidades pequenas e nas áreas rurais menos industrializadas do país. Embora a existência de conselhos de saúde possam colaborar para a consolidação de formas mais democráticas de representação de interesses, eles têm seu funcionamento limitado e condicionado pela realidade concreta das instâncias e da cultura política dos municípios brasileiros (CORTES 2002: 25).

O poder local não é intrinsecamente o mais democrático, pode ser autoritário como qualquer outro, inclusive é nele que mais proximamente se dão as relações de apadrinhamento, de personalismo, de fisiologia política. Porém, é também no poder local que o exercício da cidadania pode facilitar uma correlação de forças mais favorável à democracia e ao direito à saúde. Evidentemente, quando não assegurados o respeito à participação livre do cidadão e à impessoalidade, o gestor de municípios pequenos pode tornar-se poderoso e opressor, pois conhece o munícipe pelo nome, família, religião, ideologia e partido político (PAIM, 2002).

Além das dificuldades muitas vezes sentidas de eleição de seus representantes e do funcionamento regular do conselho, os setores populares, sentem-se limitados para o exercício do controle social pelas dificuldades em fazer cumprir as decisões do conselho. Conforme afirma WESTPHAL, as decisões do conselho, que se tornam obrigação do gestor e o direito do cidadão, muitas vezes são abandonadas, transferido as práticas de saúde para políticas do favoritismo e clientelismo.

Os conselhos, que para poderem ter suas decisões transformadas em realidade dependem da aprovação dos prefeitos, dos diretores de unidade, dos diretores de distrito ou diretores regionais, são exemplo de uma permissão sutil, para que a política do favor e do clientelismo prevaleça sobre o direito, o que transfere a discussão do controle social para o patamar político (WESTPHAL, 1995: 44).

Além disso, a maioria dos municípios de pequeno porte não possui muitas alternativas econômicas, restando a prefeitura como maior fonte de trabalho e renda, o que muitas vezes torna o cidadão refém do gestor, que utiliza o emprego público como instrumento de dominação e coerção. Daí a necessidade imperiosa de fazer funcionar mecanismos permanentes de participação democrática, tais como conferências e conselhos de saúde, já garantidos na legislação vigente, e explorar criativamente novas práticas de democratização do Estado e dos seus aparelhos, facilitando o acompanhamento, controle e avaliação das ações pela sociedade.

De acordo com o princípio do controle social, efetivado pela realização das conferências de saúde e do funcionamento pleno dos conselhos de saúde, o cidadão deixa de ser apenas usuário do sistema, para se tornar ator social na construção do sistema de saúde que ele e a coletividade irão usufruir. Embora tenham sido desenvolvidos importantes mecanismos de participação individual, a exemplo das ouvidorias, a participação dos cidadãos no processo de definição e acompanhamento das políticas de saúde, na maioria das vezes, não ocorre de forma isolada e individual. Esta ocorre por meio da organização popular e é mediada por suas entidades de representação, como associações de moradores, sindicatos, grupos populacionais e entidades de representação de classe.

Como visto anteriormente, mesmo com a criação do SUS e o Controle Social sendo assegurado por Leis e Normas, na prática o funcionamento dos Conselhos Municipais de Saúde e a efetividade do controle social ainda são insuficientes,

conforme nos demonstra os estudos de ALVES-SOUZA & SALIBA, 2003; CORREIA, 2000; CORTES, 2002; WENDHAUSEN, 2002; WESTPHAL, 1995.

Práticas de desrespeito ao SUS e ao princípio do Controle Social, além de irem de encontro à legislação vigente, trazem danosas consequências à sociedade brasileira, pois além de definirem e implementarem políticas de saúde que não atendem às necessidades sociais de saúde da população, inibem e mutilam as iniciativas de participação.

Desta forma, a realização de estudos que abordem as questões referentes a real situação da participação popular e do funcionamento dos Conselhos Municipais de Saúde, emerge como necessidade proeminente para uma reflexão mais cuidadosa acerca do exercício do Controle Social. Estudos dessa natureza tendem a contribuir com a consolidação efetiva do SUS e ao redirecionamento das políticas públicas de saúde, na perspectiva de construção de um SUS resolutivo, democrático, humanizado e participativo. E tal necessidade de estudos se torna ainda mais importante quando se trata do funcionamento dos conselhos de saúde em municípios de pequeno porte.

Isto porque, as relações de poder nesses municípios se dão de forma desigual, apresentando-se desfavorável ao pleno exercício do controle social e ao funcionamento dos conselhos. Além disso, a existência no Brasil de grande quantidade de municípios com até 10.000 habitantes (Tabela 01), demonstra a grande necessidade de conhecimento dessa realidade.

Tabela 01
Distribuição da população nos municípios brasileiros, 2000.

População	Quantidade	%
Até 10.000 hab.	2.727	49,5
10.001 a 50.000	2298	41,8
50.001 a 100.000	277	5,0
100.001 a 500.000	176	3,2
500.001 a 1.000.000	16	0,3
Mais que 1.000.001	11	0,2
Total	5.505	100

Fonte: IBGE, 2001

Dos 5.505 municípios brasileiros, quase metade (49,5%), integram a faixa populacional de até 10.000 habitantes. Considerando que cerca de 99% dos municípios brasileiros estão habilitados em algum nível de gestão (BRASIL, 2004), assim obrigados a manter o Conselho Municipal de Saúde em pleno funcionamento,

um novo desafio se coloca com a necessidade de se conhecer o funcionamento dos conselhos de saúde e o exercício do controle social nesses municípios.

O presente estudo visa contribuir para o processo de construção do sistema de saúde local e a efetivação do controle social, realizando uma análise da prática do Controle Social, exercida por meio dos Conselhos Municipais de Saúde, em municípios de população de até 10.000 habitantes dos estados da Bahia e do Ceará.

1.1. Questão Norteadora

Como vem se conformando a prática do Controle Social, exercida por meio dos Conselhos Municipais de Saúde, em municípios de pequeno porte?

1.2. Objetivos

Objetivo Geral

Compreender o exercício do Controle Social, realizado por meio dos Conselhos Municipais de Saúde, em municípios de pequeno porte.

Objetivos Específicos

- Descrever o funcionamento do CMS e a frequência de suas reuniões;
- Averiguar se a participação popular está sendo assegurada com a escolha de representantes dos usuários, por meio de mecanismos democráticos e eletivos nas instâncias de representação da sociedade;
- Identificar se os conselheiros tiveram acesso a curso de capacitação ou treinamento adequados;
- Analisar a efetividade do CMS enquanto espaço da construção coletiva das políticas de saúde municipais, e se as deliberações do conselho atendem às necessidades sociais de saúde do município;
- Analisar se as ações da secretaria municipal de saúde estão pautadas nas deliberações do conselho.

2. TRATAMENTO METODOLÓGICO

2.1. Tipologia do Estudo

Considerando que os Conselhos Municipais Saúde são espaços de conflito, caracteristicamente heterogêneos, com atores pertencentes a classes sociais diversas, representando, muitas vezes, interesses contrários e com correlação de forças também desiguais, buscou-se um método que conseguisse apreender a significação do indivíduo e da sociedade, na sua perene relação de representação e transformação.

O indivíduo é o fenômeno que expressa a totalidade das experiências históricas dele e de seu mundo. A relação entre indivíduo e sociedade é a de duas totalidades que se intermedeiam e se contêm: o indivíduo está na sociedade e a sociedade no indivíduo. (SAMPAIO, 1998: 44).

Diante dessa situação, optou-se pelo método dialético como orientação geral do estudo, por se concordar com Cardoso, quando afirma:

O método dialético é o melhor método para o estudo dos fenômenos sociais, porque permite a análise dos processos recorrentes em conexão com os mecanismos regulares de mudança, além de explicar relações, regularidades e modificações dos fenômenos nas condições efetivas (CARDOSO, apud SAMPAIO, 1998: 46)

Segundo MINAYO (2004), a dialética é o método que melhor propicia uma apreensão das relações entre o indivíduo e a sociedade, entre as idéias e a base material, entre a realidade e a sua compreensão pela ciência, e as correntes que enfatizam o sujeito histórico e a luta de classe. Dessa forma, o método dialético é entendido como o mais adequado para compreensão do processo de representação da sociedade nos conselhos e os conflitos decorrentes dos diversos interesses que intercederiam na prática do Controle Social.

A partir da compreensão da determinação histórica das relações sociais é que se pode identificar o espaço ocupado pelos atores sociais (individual ou coletivo) e como avançam e retrocedem as forças políticas em constante tensão na dinâmica dos municípios estudados. A respeito da determinação histórica, MINAYO (2004) oferece a seguinte assertiva:

Nada se constrói fora da história. Ela não é uma unidade vazia ou estática da realidade, mas uma totalidade dinâmica de relações que explicam e são explicadas pelo modo de produção concreto. (MINAYO, 2004: 68).

Ainda sobre a dialética, DEMO (1981) aponta a dialética como metodologia mais fecunda para analisar os fenômenos históricos. Para este autor, o método dialético permite ao investigador compreender os fenômenos sociais como resultado da convivência de contrários e contradições que se harmonizam. Segundo Demo, a visão dialética privilegia: (a) a contradição e o conflito predominando sobre a harmonia e o consenso; (b) o fenômeno da transição, da mudança, do vir a ser sobre as estabilidades; (c) o movimento histórico; (d) a totalidade e a unidade de contrários.

2.2. Campo de Estudo

Ao ser buscado um significado para o termo campo de pesquisa, encontrou-se em CRUZ NETO (1996: 51) a definição de “possibilidade de conseguirmos não só uma aproximação com aquilo que desejamos conhecer e estudar, mas também de criar um conhecimento, partindo da realidade presente no campo”.

Nesta perspectiva, o recorte espacial escolhido e delimitado para as reflexões acerca do Controle Social, numa aproximação qualitativa de estudo comparado, foi o dos Conselhos Municipais de Saúde de dois municípios pertencentes a dois estados do Nordeste brasileiro, sendo um município do estado da Bahia e um município do estado do Ceará. Bahia e Ceará representam dois dos maiores estados da região, em termos populacionais, e realizam, no campo do SUS, práticas bastante distintas.

Para exemplificar tal distinção destacam-se aspectos relacionados à cobertura do Programa de Saúde da Família – PSF e do Programa de Agentes Comunitários de Saúde – PACS. Conforme a Tabela 02, pode-se observar a diferença entre o percentual de municípios de cada estado com cobertura do PSF. Enquanto no Ceará apenas três municípios não possuem o PSF implantado, correspondendo a apenas 1,6% dos municípios sem esta cobertura, na Bahia são 117 os municípios que ainda não implantaram o programa, o que corresponde a 21,6% dos municípios.

Com relação ao percentual da população coberta por esses programas (Tabela 03), observa-se que a abrangência do PSF no estado do Ceará, 56,4%, é bem maior do que a do estado da Bahia, 34,6%. Já no que diz respeito à cobertura do PACS, a Bahia tem um maior percentual de sua população coberta por tal programa, são 78,4% da população da Bahia coberta enquanto que no Ceará o percentual é de 70,3%. Tal diferença entre cobertura do PACS e do PSF pode sugerir um maior nível de organização e capacidade técnica do estado do Ceará, que conseguiu melhor estruturar sua atenção básica, com maior percentual de sua população coberta pelo PSF.

Tabela 02
Municípios Atendidos pelo do PSF. Bahia e Ceará, 2004.

Estado	Qtde de municípios	Municípios com PSF	
		Nº	%
BA	417	300	71,9
CE	184	181	98,4

Fonte- Brasil MS, 2004

Tabela 03
Cobertura populacional do PACS e do PSF. Bahia e Ceará, 2004.

Estado	População	Cobertura do PACS		Cobertura do PSF		No de ESF
		Pop.	%	Pop.	%	
BA	13.458.616	10.552.566	78,4	4.658.304	34,6	1.406
CE	7.764.638	5.456.577	70,3	4.379.215	56,4	1.302

Fonte- Brasil MS, 2004

Com o intuito de melhor conhecer as práticas de controle social, nestes estados, foram escolhidas as microrregiões de saúde de Jequié-BA e de Sobral-CE para realização do estudo. Os municípios de Jequié e Sobral têm características

geopolíticas e de organização do SUS bastante assemelhadas, pois ambos têm população aproximada de 150.000 habitantes, Jequié com 147.202 e Sobral com 155.276 habitantes (IBGE, 2001), ambos são centros econômicos regionais, ambos se encontram, tomando a grandeza escalar dos estados, à mesma distância das capitais, e, no que concerne à saúde, ambos estão na gestão plena do sistema municipal e são pólos de reverência para a prestação e a organização dos serviços de saúde.

Dentro das duas microrregionais, levantaram-se todos os municípios aptos a serem campo para a pesquisa. Os requisitos utilizados para determinar a condição de aptidão na pesquisa foram ter população até 10.000 habitantes e estarem habilitados na gestão plena da atenção básica. Por este último critério, ambos são obrigados, conforme normalização do Ministério da Saúde, a manter Conselhos Municipais de Saúde em pleno funcionamento.

A Microrregional de Saúde de Jequié é composta por 24 municípios (Quadro 01) e os que atenderam aos requisitos para serem campo do estudo foram: Aiquara, Apuarema, Barra do Rocha, Cravolândia, Irajuba, Itaquara, Lafayette Coutinho, Lagedo do Tabocal e Planaltino. A Microrregional de Sobral também é composta por 24 municípios (Quadro 01) e os que se adequaram aos requisitos da pesquisa foram: Alcântaras, Catunda, Groaíras, Moraújo, Pacujá, Pires Ferreira e Senador Sá.

Após esse levantamento elegeu-se um município de cada estado para ser campo da pesquisa. O critério adotado para a escolha dos municípios foi geográfico, sendo escolhido, entre os municípios aptos, os de menor distância de Jequié e de Sobral, pela facilidade de acesso. Desta forma, foram eleitas as cidades de Lafayette Coutinho, na Bahia, e Groaíras, no Ceará, ambos distantes cerca de 30Km das respectivas sedes microrregionais.

Quadro 01
Municípios pertencentes as Microrregionais de Jequié e Sobral

Microrregional Jequié		Microrregional Sobral	
Município	População	Município	População
Aiquara	5.315	Alcantâra	9.548
Apuarema	7.443	Cariré	18.617
Barra do Rocha	8.074	Catunda	9.286
Boa Nova	20.544	Coreaú	19.981
Cravolândia	5.001	Forquilha	17.488
Dário Meira	15.222	Frecheirinha	11.832
Ibirataia	24.741	Graça	14.813
Ipiaú	43.621	Groaíras	8.741
Irajuba	6.362	Hidrolândia	17.683
Iramaia	17.553	Irauçuba	19.560
Itagi	14.629	Ipu	39.078
Itagiba	17.191	Massapê	29.574
Itaquara	7.861	Meruoca	11.339
Itiruçu	13.585	Moraújo	7.046
Jaguaquara	46.621	Mucambo	13.811
Jequié	147.202	Pacujá	5.653
Jitauna	21.056	Pires ferreira	8.643
Lafaiete Coutinho	4.102	Reriutaba	21.224
Lajedo do Tabocal	8.100	Santana do Acaraú	26.198
Manoel Vitorino	16.704	Santa Quitéria	42.375
Maracás	31.683	Senador Sá	5.506
Mirante	13.666	Sobral	155.276
Planaltino	7.963	Uruoca	11.479
Santa Inês	11.027	Varjota	16.593

Fonte: IBGE, 2001

2.3. Aprecensão de Dados

Os dados que subsidiaram o presente estudo foram obtidos por meio de Análise Documental e de Entrevistas semi-estruturadas. A fase de campo ocorreu em dois momentos distintos, sendo o primeiro realizado entre janeiro e fevereiro de 2005, no município de Lafayette Coutinho, e o segundo momento se deu entre abril e maio do mesmo ano, no município de Groaíras.

Para obtenção dos dados, inicialmente procedeu-se à entrada do pesquisador no campo, seguindo a recomendação proposta por MINAYO (2004: 124), que sugere essa fase seja dividida em três momentos: (a) Apresentação; (b) Menção do interesse da pesquisa; e (c) Explicação dos motivos e relevância da pesquisa.

Seguindo esses procedimentos, o pesquisador dirigiu-se aos Secretários Municipais de Saúde apresentando-se como mestrando, aluno do CMA SP-UECE, e explicou o interesse, os motivos e a relevância da pesquisa. Após esse momento, foi solicitado o contato com os presidentes dos respectivos conselhos, sendo explicitado pelos secretários a situação de irregularidade no funcionamento dos conselhos naquele momento. Assim, o pesquisador entregou aos mesmos, cópia do projeto de pesquisa e cópia do parecer do Comitê de Ética em Pesquisa da UECE, solicitando autorização para realização da pesquisa e acesso aos documentos dos CMS. Tais autorizações foram concedidas e o pesquisador iniciou a fase de análise documental.

Após levantamento da documentação existente, os documentos selecionados para a análise foram:

- Decretos, leis e portarias municipais que criam e normatizam os CMS, bem como os que dão posse aos conselheiros.
- Relatórios anuais de gestão da Secretaria Municipal de Saúde;
- Planos municipais de saúde;
- Relatórios das Conferências Municipais de Saúde;

Além desses documentos oficiais, também foram analisadas as atas dos conselhos do período da sua criação até o ano de 2004, período em que se finda essa pesquisa. Do CMS Lafayette Coutinho foram analisados oito anos de ata, período compreendido entre 1997, ano da sua criação, e 2004; Já do CMS de Groáiras, foram 16 anos de atas analisadas, 1989 a 2004, perfazendo um total de 24 anos de atas analisadas em todo o estudo.

O outro meio de obtenção dos dados foi o das entrevistas, por meio das quais buscou-se apreender informações de natureza subjetiva relacionados a atitudes, valores e opiniões dos sujeitos, simultaneamente atores dos processos. Essas informações, não se restringiram a dados objetivos, e são de natureza mais profunda, indispensáveis à compreensão da prática do Controle Social. Cruz Neto

destaca a importância da entrevista, afirmando que a mesma “não significa uma conversa despreziosa e neutra, uma vez que se insere como meio de coleta dos fatos relatados pelos atores, enquanto sujeitos objeto da pesquisa que vivenciam uma determinada realidade que está sendo focalizada” (CRUZ NETO 1996: 57).

A entrevista caracteriza-se por ser um instrumento privilegiado de coleta de informações em virtude da capacidade do discurso em desvelar a representação de um determinado grupo, pois:

A fala pode ser reveladora de condições estruturais, de sistemas de valores, normas e símbolos (sendo ela mesmo um deles) e ao mesmo tempo ter a magia de transmitir, através de um porta-voz, as representações de grupos determinados, em condições históricas, sócio-econômicas e culturais específicas (MINAYO, 2004: 109).

Ainda, segundo MINAYO, as diferentes formas de entrevista podem ser classificadas em dois grandes grupos, as entrevistas “estruturadas” e “não estruturadas”. Essa classificação se baseia no fato das entrevistas poderem ser dirigidas em maior ou menor grau. As entrevistas semi-estruturadas caracterizam-se por:

Enumerar, de forma mais abrangente possível, as questões que o pesquisador quer abordar no campo, a partir de suas hipóteses ou pressupostos, advindos, obviamente da definição do objeto de investigação (MINAYO, 2004: 121).

Em virtude desse tipo de entrevista desvelar situações onde se confrontam os valores sociais contraditórios necessários para compreensão das forças e práticas vigentes no exercício do controle social é que a escolhemos esse método para apreensão dos dados. As entrevistas deverão ser conduzidas por um roteiro que segundo MINAYO, articula-se

visando apreender o ponto de vista dos atores sociais previstos nos objetivos da pesquisa, o roteiro contém poucas questões. Instrumento para orientar uma “conversa com finalidade” que é a entrevista, ele deve ser o facilitador de abertura, de ampliação e de aprofundamento da comunicação. Dele constam apenas alguns itens que se tornam indispensáveis para o delineamento do objeto, em relação a realidade empírica (MINAYO 2004: 99).

Antes da realização das entrevistas foi estabelecido contato com os sujeitos e esclarecidas as finalidades e procedimentos para realização das mesmas. Precedendo-se, maioria das vezes, com a não realização da entrevista no primeiro

contato com o entrevistado. As entrevistas foram gravadas em aparelho cassete de áudio, e transcritas, pelo próprio entrevistador, com o máximo de fidelidade à linguagem do entrevistado, e posteriormente submetidas ao processo de análise.

O processo de seleção dos entrevistados se fundamentou no protagonismo dos atores, que foram identificados e selecionados, de acordo o conteúdo das atas, pelo seu desempenho nas atividades dos respectivos conselhos, tendo o cuidado de se contemplar representantes dos diversos segmentos que compõem o conselho. O Quadro 02 apresenta a relação dos atores sociais entrevistados, suas funções e os códigos adotados para cada ator .

Quadro 02
Relação dos Atores Sociais entrevistados. Lafayette Coutinho e Groaíras, 2005

Ordem da Entrevista	Entidade	Categoria	Situação	Código
<i>Lafayette Coutinho</i>				
Entrevistado 01	Igreja Católica	Usuário	Titular	LC01
Entrevistado 02	Secretaria de Saúde	Prestador	Suplente	LC02
Entrevistado 03	SESAB/DIRES	Prestador	Titular	LC03
Entrevistado 04	FUMAC	Usuário	Titular	LC04
Entrevistado 05	Igreja Católica	Usuário	Suplente	LC05
Entrevistado 06	STR	Usuário	Titular	LC06
Entrevistado 07	Igreja Batista	Usuário	Titular	LC07
Entrevistado 08	Secretaria de Saúde	Prestador	Titular	LC08
Groaíras				
Entrevistado 09	STR	Usuário	Titular	GR01
Entrevistado 10	STR	Usuário	Titular	GR02
Entrevistado 11	Igreja Católica	Usuário	Titular	GR03
Entrevistado 12	Hospital Maternidade	Prestador	Titular	GR04
Entrevistado 13	Prof. de Nível Fundamental (ACS)	Prestador	Titular	GR05
Entrevistado 14	Prof de Nível Médio	Prestador	Titular	GR06
Entrevistado 15	Secretaria de Saúde	Prestador	Titular	GR07
Entrevistado 16	Assoc. de Moradores da COHAB	Usuário	Titular	GR08
Entrevistado 17	Assoc. de Moradores do Itamaracá	Usuário	Titular	GR09

2.4. Caracterização dos Entrevistados

Em Lafayette Coutinho foram entrevistados oito atores sociais, que desempenharam papel ativo junto ao CMS desse município. Conforme se observa

no Quadro 02, destes oito atores entrevistados, cinco¹ eram representantes dos usuários e três eram representantes dos prestadores. No que se refere a situação desses conselheiros como titular ou suplente, há um predomínio de conselheiros titulares, sendo seis conselheiros representantes titulares e dois suplentes. No entanto, o registro das atas das reuniões e o discurso desses dois conselheiros suplentes, evidenciam as suas frequentes e regulares presenças nas reuniões. Inclusive, um desses suplentes, o suplente da secretaria de saúde, atuava como secretária do conselho.

Com relação ao tempo de atuação no conselho, este também varia entre os conselheiros. Dos oito conselheiros entrevistados, cinco são conselheiros de saúde desde a criação do conselho até o período que se findou essa pesquisa, em fevereiro de 2005. Sendo esses os representantes da Igreja Católica (titular e suplente), Sindicato dos Trabalhadores Rurais, SESAB/DIRES e a suplente da secretaria de saúde. Dos outros três conselheiros, dois tomaram posse em 23 de março de 2001, quando foi reformulado o conselho, sendo que um desses declarou ter deixado de frequentar as reuniões do conselho para evitar embates e desgastes com a gestão municipal. Por fim, o oitavo conselheiro, representante titular da secretaria de saúde, permaneceu no conselho de 10 de fevereiro de 1998 a 27 de abril 2002, período em que se desligou da secretaria de saúde.

Diante do primeiro contato com o pesquisador, todos os oito sujeitos, se declararam solícitos e interessados em participar da pesquisa. No entanto, nos outros contatos posteriores, realizados a fim de se obter um maior conhecimento e confiança entre pesquisador e entrevistado, dois conselheiros se mostraram inseguros e temerosos em conceder a entrevista, demonstrando um certo grau de insegurança com relação às finalidades de utilização do seu discurso. No entanto, posteriormente concordaram em conceder a entrevista e o fizeram de forma segura e demonstrando tranquilidade.

¹ Um desses cinco conselheiros apresenta situação indefinida quanto a sua representação, pois tomou posse no conselho como representante do FUMAC (entidade de representação dos usuários), e afirma ter sido posteriormente empossado como representante dos ACS. Embora as atas não tragam nenhum registro de reformulação do conselho com a inclusão de representante dos ACS, nem de posse desse conselheiro representando tal categoria. Diante dessa situação, para fins desse estudo, consideraremos esse representante como representante dos usuários.

A título de exemplo de uma dessas situações, um desses entrevistados quando procurado algumas vezes pelo pesquisador, a fim de agendar a entrevista, sempre alegava ter compromissos e constantemente afirmava “depois a gente marca”. Até que, num determinado dia, voluntariamente procurou o pesquisador, afirmando que queria participar e que gostaria de conceder a entrevista naquele momento.

Em Groaíras foram entrevistados nove atores sociais. Dentre esses nove sujeitos, oito são conselheiros e um ex-conselheiro, devendo-se destacar que a escolha desse ex-conselheiro pra fazer parte da pesquisa, deveu-se ao fato desse cidadão ter sido fundador do conselho de saúde do município e ter desempenhado uma atuação destacada nos primeiros anos de existência do mesmo, conforme registro do livro de atas. Dessa forma, o entendimento de que a participação desse sujeito poderia trazer grandes contribuições para a compreensão de aspectos históricos do conselho, foi decisiva para a sua seleção como sujeito da pesquisa.

De acordo o Quadro 02, dos nove entrevistados, cinco eram representantes dos usuários e quatro eram representantes dos prestadores. No que tange à situação desses conselheiros, todos eles eram representantes titulares, não sendo entrevistado em Groaíras nenhum conselheiro suplente. Deve-se destacar, que com relação ao representante dos gestores, o entrevistado foi o coordenador da Atenção Básica do município, profissional que representava a gestão municipal do conselho, visto que a secretária de saúde, de então, optou por não participar das reuniões do conselho.

Em virtude da forma como foram redigidas as atas e as falhas no controle da frequência dos conselheiros, não é possível determinar, com precisão, o tempo de atuação de cada conselheiro. No entanto, foi possível comprovar que todos esses conselheiros tiveram um logo período de atuação, superior a três anos.

Para a realização das entrevistas, buscou-se um contato prévio com cada conselheiro, a fim de produzir um entrosamento e permitir a quebra de tensões ou desconfiças dos objetivos do estudo. No entanto, isso não foi possível de acontecer com todos os conselheiros, tendo ocorrido a realização de algumas entrevistas ao primeiro contato. Todos os entrevistados, ao serem contatados e explanado os objetivos do estudo e sua metodologia, prontamente se dispuseram a participar da pesquisa, não havendo nenhuma recusa ou mesmo receio em conceder a entrevista.

2.5. Análise de Dados

Para melhor compreensão do campo de pesquisa, o estudo iniciou com o levantamento e identificação dos dados objetivos da pesquisa, conseguidos por meio da Análise Documental. Buscou-se, inicialmente, caracterizar cada município, realizando uma breve análise de sua situação demográfica, econômica e social. Posteriormente procedeu-se à análise do funcionamento do conselho e da frequência de suas reuniões. Também, analisou-se a forma como as representações dos usuários foram escolhidas, se por indicação ou assembléia das suas entidades. Um outro ponto avaliado foi o processo de capacitação dos conselheiros, buscando-se informações da forma e abrangência dos processos de capacitação.

Como o objetivo do estudo é iniciar reflexões acerca dos Conselhos Municipais de Saúde, em municípios de pequeno porte, como espaço para o exercício do controle social, também se fez necessário identificar as deliberações do conselho, analisando se tais deliberações estão apontando em direção à solução dos problemas sociais de saúde da população, evidenciando ou não, a efetividade da participação social através das ações dos conselheiros. Também foram analisadas se as ações da Secretaria Municipal de Saúde estavam pautadas nas deliberações do conselho, evidenciando ou não a efetividade do controle social nos municípios estudados.

Os dados subjetivos foram apreendidos pelo discurso dos sujeitos da pesquisa, que não podem ser entendidos apenas como forma de comunicação e com conteúdo neutro, pois:

A linguagem enquanto discurso não constitui um universo de signos que serve apenas como instrumento de comunicação ou suporte de pensamento; a linguagem enquanto discurso é interação, e um modo de produção social; ela não é neutra, inocente (na medida em que está engajada numa intencionalidade) e nem natural, por isso o lugar privilegiado da ideologia (BRANDÃO, 1988: 12).

Em virtude disso, para análise das entrevistas, optamos pela Técnica de Análise do Discurso, por tratar o discurso como ponto da articulação dos processos ideológicos e dos fenômenos linguísticos. Como elemento de mediação necessária entre homem e sua realidade e como forma de engajá-lo na própria realidade, sendo lugar de conflito, de confronto ideológico, não podendo ser estudado fora da

sociedade uma vez que os processos que os constituem são históricos sociais (BRANDÃO, 1988).

Segundo MINAYO,

O objetivo principal da Análise do Discurso é realizar uma reflexão geral sobre as condições de produção e apreensão da significação de textos produzidos nos mais diferentes campos. Ela visa compreender o modo de funcionamento, os princípios de organização e as formas de produção social. (MINAYO, 2004: 211).

Assim, essa técnica, dispõe dos recursos necessários para captar, de forma profunda, a subjetividade dos significados dos discursos, possibilitou desvelar na fala dos sujeitos, o lugar da estrutura social de onde falam, a representação do sentido coletivo da classe a que pertencem e o processo de determinação histórica das posições ocupadas.

2.6. Categorias Teóricas Principais

Participação

A idéia de participação tem caráter polissêmico, podendo referir-se a participação política, econômica, gerencial, empresarial, dentre outras. Na área de saúde o seu significado sofreu consideráveis modificações, especialmente no decorrer do Século XX, aproximando-se cada vez mais da idéia de participação como movimento renovador e democratizador dos movimentos de saúde.

Na primeira metade do Século XX, a idéia de participação na saúde, especialmente na América Latina, era bastante restrita, ao se comparar com o conceito atual de participação. Durante esse período a idéia de participação era basicamente ligada às ações voluntárias de contribuição com os programas de saúde, como, por exemplo, nas campanhas de vacinação e no controle de endemias; e a participação como facilitadora da ação médica, onde em muitos casos se considerava participação o simples fato de abrir a boca para tomar um remédio ou deixar-se examinar (BRICEÑO-LEÓN, 1998; VÁZQUEZ et al, 2002).

Ainda segundo BRICEÑO-LEÓN (1998), a partir da década de 1960 e mais especialmente nas décadas 1980-1990, com a mudança na estrutura do Estado e suas relações com a Sociedade Civil, começaram a surgir novos conceitos com

relação à participação, esses cada vez mais ligados à idéia de organização e mobilização popular.

No presente trabalho, o conceito de participação adotado refere-se à participação popular, que, segundo o entendimento de VALLA (1998), compreende as múltiplas ações que diferentes forças sociais desenvolvem para influenciar a formulação, a execução, a fiscalização e a avaliação das políticas públicas e/ou dos serviços básicos na área social.

As diversas formas de compreensão e definição de participação nas políticas de saúde foram categorizadas por VÁZQUEZ *et al* (2003) em dois grupos principais: a participação como *meio* e a participação como *fim*. A participação como meio é entendida como instrumento para se alcançar determinados objetivos, onde a participação da comunidade envolvida em determinada problemática, temporária ou de forma perene, seria indispensável para se atingir esses objetivos. Na área de saúde, na maioria dos casos, a participação é entendida e implementada nessa perspectiva, em que se deseja que ao participar a população utilize seu saber na definição das políticas, e seu poder de fiscalização e controle para acompanhar a execução das ações por parte dos gestores.

A perspectiva de participação como *fim* em si mesma sustenta-se na concepção de que o ser humano tem necessidade de participar das decisões que afetam sua vida cotidiana. Segundo este conceito, a participação é necessária em qualquer grau do desenvolvimento dos serviços de saúde, mesmo naqueles onde as necessidades sociais de saúde são devidamente atendidas pelo Estado.

Uma outra classificação, proposta por VÁZQUEZ *et al* (2003), para o processo de participação, é a que categoriza a participação em dois níveis: a participação simbólica e o controle cidadão. Segundo o autor, esses níveis compreendem:

A participação simbólica inclui categorias que se caracterizam pela falta de partilha de poder, em sequência ascendente, considera participar como a utilização de serviços, informação, consulta e conciliação. A passagem para o segundo nível, denominado controle cidadão, começa com a colaboração, inclui o poder delegado e, finalmente alcança um grau denominado controle cidadão. Nesse nível a participação se expressa como exercício de poder decisório, solidário e compartilhado (Vázquez *et al*, 2003: 580).

De acordo com essa escala, na medida em que o processo participativo avança em direção ao segundo nível, aumenta a responsabilidade dos envolvidos,

pois esses passam de usuários do serviço para atores sociais responsáveis pelas decisões do sistema.

Poder

Não se pode compreender as relações entre os homens, sem buscar entender as relações de poder. Nos conselhos de saúde essa necessidade se faz ainda mais preeminente por ser esses fóruns compostos por representantes de vários segmentos: usuários, profissionais de saúde, prestadores públicos e privados e gestores. Estes setores têm interesses distintos, muitas vezes antagônicos, e utilizam os recursos de poder necessários para fazer prevalecer suas aspirações.

A compreensão de poder pode ter variações significativas, a depender do contexto e da situação expressa. Em seu sentido geral, BOBBIO *et al* (2002) conceitua poder como “a capacidade ou possibilidade de agir e de produzir efeitos, que tanto pode ser referida a indivíduos e a grupos humanos como a objetos e fenômenos naturais”. No entanto, para o desenvolvimento desse trabalho, importa discutir o conceito de poder relacionado ao poder social, ou seja, na sua relação com a vida do homem em sociedade. O poder social é compreendido como a capacidade geral de agir ou a capacidade de determinar o comportamento dos outros.

De acordo esse conceito de Norberto Bobbio, o poder pode ser dividido em duas categorias: o poder como simples possibilidade, que é chamado de poder potencial; e o poder efetivamente exercido, que consiste no comportamento de determinado indivíduo ou grupo que procura determinar ou modificar o comportamento de outro indivíduo ou grupo. No entanto, essa relação de moldar ou modificar o comportamento do outro pode ser determinada pelos valores dos indivíduos ou grupos envolvidos na relação. Bobbio descreve duas situações que exemplificam a questão dos valores:

Um sujeito *A* pode ser riquíssimo e entretanto não ter poder sobre o paupérrimo *B*, se *B* não estiver disposto a ter tais comportamentos a troco de uma recompensa. Ou Um homem que dispõe dos mais poderosos meios de violência não tem poder sobre um inerte a respeito de um determinado comportamento, se o segundo prefere morrer a assumir determinada postura (BOBBIO *et al*, 2002: 938).

Do ponto de vista do Estado, o fenômeno do poder se constitui como uma obrigação moral ou jurídica que liga o cidadão ao estado dominante, onde nem a aquiescência nem a adesão são suficientes uma vez que em sua falta, o Estado, na maioria das vezes, tem capacidade de mobilizar sanções eficazes contra o transgressor (BORDON, 1993).

Segundo estudo de SILVEIRA (2000), existe várias formas de classificação do poder. Uma delas é a classificação segundo o meio empregado para a sua manifestação, existindo o *poder econômico*, cujo meio é a riqueza; o *poder ideológico*, cujo meio é o saber; e o *poder político*, que se vale da força como último recuso para sua manifestação.

Uma outra classificação existente é a de GALBGAITH, *apud* SILVEIRA (2000), que classifica o poder de acordo com os instrumentos pelos quais ele é exercido. Assim, de acordo a essa critério, temos três instrumentos para o exercício do poder: a *coação*, que gera o poder condigno, no qual a submissão se dá pela imposição de alternativa suficientemente desagradável ou dolorosa; a *recompensa*, gerando o poder compensatório, em que a oferta de uma compensação pecuniária ou social, leva a aceitação da submissão; e por fim a *persuasão*, que gera um poder condicionado, no qual a submissão é conseguida pelo convencimento do que é apropriado.

Nas sociedades ocidentais contemporâneas e especialmente em fóruns coletivos como os conselhos de saúde, onde valores democráticos são valorizados e *fetichizados*, o poder condicionado manifesta-se como ideal para a dominação de grupos mais bem informados e preparados. A não manifestação ou pouca presença de instrumentos coercitivos ou compensatórios por parte de gestores e prestadores, por exemplo, não significa ausência de dominação. A dominação aí pode se dá através da utilização de discursos de viabilidade técnica ou econômica, que, muitas vezes, ilude e afasta os segmentos populares das discussões principais dos conselhos de saúde.

Democracia

A prática da democracia se constitui uma das mais antigas práticas políticas que se conhece. A teoria clássica, anunciada como teoria aristotélica, distingue as três formas principais de governo. A monarquia/tiranía como governo de um só; a

oligarquia como governo de poucos; e a democracia como governo de muitos (ABBAGNAMO, 1998).

O regime democrático tem sido adotado contemporaneamente nas civilizações ocidentais, principalmente através de organização republicana. A forma de democracia adotada por essas nações é a do tipo indireta, onde seus cidadãos, por meio de meios eletivos, escolhem representantes que irão defender seus interesses no governo formalmente constituído.

Os conselhos de saúde são também fóruns organizados através da democracia indireta, onde determinados segmentos, especialmente usuários e profissionais de saúde, escolhem em fóruns representativos e legalmente constituídos, os pares que irão representá-lo no conselho. No entanto, o processo democrático nos conselhos de saúde não se encerra na escolha de representantes, na verdade é a partir daí que se inicia o verdadeiro processo da democracia representativa. Os conselheiros de saúde eleitos são investidos de uma grande responsabilidade que é o de representar seus pares no conselho. E sua responsabilidade é a de estar em sintonia e constante diálogo com os setores que o elegeram a fim de que esses possam representar os interesses da categoria ou grupo populacional e não seus interesses pessoais ou de conveniência.

2.7. Questões Éticas

Conforme regulamentação da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde - CNS, o presente trabalho foi encaminhado para o Comitê de Ética em Pesquisa da UECE para análise e aprovação, antes de ocorrer a entrada no campo de pesquisa.

De acordo o processo nº 0415080800-9 do Comitê de Ética em Pesquisa da UECE, foi proferido, em 10 de janeiro de 2005, parecer favorável à realização da referida pesquisa, por atender aos ditames da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa e da Resolução 196/96 do CNS.

Desta forma, para a realização da Análise Documental, procedeu-se com o encaminhamento do Termo de Fiel Depositário para as Secretarias de Saúde e os Conselhos Municipais de Saúde estudados, esclarecendo que os documentos ali consultados seriam utilizados com o intuito exclusivo de se alcançar os objetivos da

pesquisa e que nenhum indivíduo citado nos documentos seria submetido a constrangimento de qualquer natureza.

No que se refere às entrevistas, antes da realização das mesmas, em virtude do respeito à dignidade humana e dos preceitos indicados pela Resolução 196/96, foram prestados os devidos esclarecimentos quanto aos objetivos, procedimentos e relevância da pesquisa, bem como à liberdade de participar ou ausentar-se dela em qualquer momento. Após todos os esclarecimentos necessários, procedeu-se à assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, por parte do entrevistador e entrevistado, ficando uma cópia em posse de cada um.

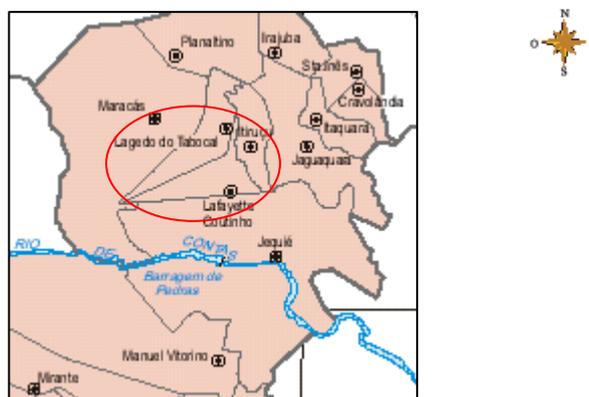
3. CAPÍTULO I

O CASO LAFAYETE COUTINHO, BAHIA.

3.1. Compreendendo o Campo.

Situado na Região Sudoeste da Bahia, o município de Lafayette Coutinho foi criado no ano de 1962, por desmembramento do município de Maracás. Seu topônimo anterior era Três Morros, devido ao fato do desenvolvimento de sua sede estar situado entre três elevações montanhosas que se destacam na geografia local e por motivo político, o topônimo foi mudado para homenagear um secretário estadual de Segurança Pública. O município limita-se, a partir do norte, em sentido horário, com os municípios de Maracás, Lagedo do Tabocal, Itiruçu e Jequié (Figura 01).

Figura 01
Limite Geográfico do Município de Lafayette Coutinho.



Fonte- Superintendência de Estudos Econômicos e Aplicados da Bahia, 2005.

Sua área territorial é de 353,9 km² e possui uma população de 4102 habitantes (IBGE, 2000), distribuída na sede e nos distritos de Amazonas, Mimoso, Maribondo e Terra Nova, com uma densidade demográfica de 56 hab/km². A distância da sede do município para Salvador, capital do estado, é de 355 km, e para Jequié, município pólo da micro regional, é de 35 Km. A sede do município está situada na altitude de 558 Km acima do nível do mar.

Localizado na região do semi-árido possui clima ameno, com temperatura média de 22,4 °C, máxima já registrada de 41,3 °C e mínima de 16,3°C, o município apresenta duas estações bem definidas, com período de temperatura amena entre maio e agosto, e temperatura quente entre setembro e abril. Partilha das condições gerais do semi-árido nordestino, muito quente de dia e ameno de noite, com alterações decorrentes da altitude, em virtude desse município estar localizado no Planalto dos Maracás.

Topograficamente o território de Lafayette Coutinho é classificado como montanhoso, com três elevações que se destacam das demais, denominadas de Morro Alto, Morro da Cruz e Morro do Sabino. Tais morros constituem marcas visuais do município, inclusive sendo representados em seu brasão. O município tem escassez de recursos hídricos, com chuvas irregulares, estando incluído no polígono da seca. Sua composição hidrográfica é formada por cursos d'água intermitentes, destacando-se o Riacho das Flores, o Riacho Jaguri e o Riacho Caldeirão do Miranda.

A sede do município fica há cerca de 25 Km de distância da sede do principal distrito, o povoado do Amazonas, e o acesso se dá por meio de estrada vicinal, de pavimentação não asfáltica, em razoável estado de conservação e com tráfego dificultado no período chuvoso. Os demais povoados, Mimoso, Maribondo e Terra Nova, têm concentrações populacionais menores e todos distam da sede de 15 a 20 Km, com acesso também por estradas vicinais não asfálticas, em precário estado de conservação.

3.1.1. Infra-estrutura, Bens e Serviços.

De acordo com Atlas de Desenvolvimento Humano do Brasil (BRASIL, 2003), no município de Lafayette Coutinho, no ano de 2000, 73,6% da população tinha acesso a energia elétrica em seus domicílios. Esse número pode ser considerado alto em virtude do significativo aumento de 94% no período de dez anos, 1991-2000, passando o município de uma cobertura de 37,8% de sua população com energia elétrica para 73,6% (Tabela 04). Já com relação ao acesso a água encanada, também em 2000, o município possuía um percentual de apenas 32,4% de sua população com acesso a esse serviço, e tal situação se torna ainda mais grave ao

se observar que, no ano de 1991, apenas 11,8% de sua população possuía água encanada em seus domicílios.

Tabela 04
Acesso aos serviços básicos. Lafayette Coutinho, 1991 e 2000.

Serviço	1991	2000
Água Encanada	11,8	32,4
Energia Elétrica	37,8	73,6
Coleta de Lixo	53,8	81,8

Fonte- IPEA/Atlas do Desenvolvimento Humano do Brasil/Perfil Municipal 2003

A coleta de lixo só funciona na sede do município e mesmo assim não atinge toda a sua área, com uma cobertura de 81,8% dos habitantes da sede. E tal situação pode ser entendida como grave se for considerado que, em 1991, o recolhimento do lixo se dava para apenas 53,8% da população da sede. Isto é, um pouco mais da metade dos habitantes da sede do município não possuía coleta de lixo e toda a população dos outros distritos era desprovida de tal serviço (IPEA, 2003).

O sistema de transporte municipal é precário e oferece sérias dificuldades de deslocamento para os cidadãos do município. O transporte da sede para os distritos é feito por meio de veículos alternativos, sem nenhuma regulação do poder público municipal ou estadual e muitas vezes com veículos em situações precárias de tráfego. O transporte intermunicipal é feito por uma única empresa de ônibus que mantém uma única linha Lafayette Coutinho-Jequié, com dois horários pela manhã e dois pela tarde e um número mais restrito de linhas aos domingos.

No município não há emissoras de rádio instaladas e a comunicação radiofônica se dá pela recepção de sinais de duas emissoras de Frequência Modulada-FM e uma de Amplitude Modulada-AM instaladas no município de Jequié. O município também não recebe sinais de TV provenientes de repetidoras baianas, os sinais de TV distribuídos são de retransmissão via satélite das redes Globo, SBT e Record. O município possui uma agência dos Correios na sede e não possui postos de coleta ou agentes franqueados nos distritos.

A estrutura educacional municipal é composta por 12 estabelecimentos de ensino (Tabela 05), sendo 10 municipais e 2 estaduais. Tal sistema educacional é responsável por um total de 1145 matrículas (Tabela 06), sendo 888 vagas no ensino fundamental, 200 no ensino médio e 57 no pré-escolar (Brasil 2003).

Tabela 05
Estabelecimentos de Ensino Médio, Fundamental e Pré-escolar. Lafayette Coutinho, 2003.

	Médio	Fundamental	Pré-escolar
Municipal	-	09	01
Estadual	01	01	-
Privado	-	-	-
Total	01	10	01

Fonte- Ministério da Educação/Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais-INEP/Censo Educacional 2003

Tabela 06
Matrículas no Ensino Médio, Fundamental e Pré-escolar. Lafayette Coutinho, 2003.

	Médio	Fundamental	Pré-escolar
Municipal	-	662	57
Estadual	200	226	-
Privado	-	-	-
Total	200	888	57

Fonte- Ministério da Educação/Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais-INEP/Censo Educacional 2003

O nível educacional da população lafayetense pode ser considerado baixo, no que diz respeito ao nível de alfabetização da população acima de 10 anos de idade. Dos 3.453 habitantes nessa faixa etária, apenas 2.363 são alfabetizados, tendo o município uma taxa de analfabetismo de 31,5% (IBGE, 2001).

Como é possível observar na Tabela 07, a população adulta de Lafayette Coutinho, pessoas acima de 25 anos, também amarga um nível educacional consideravelmente baixo, com taxa de analfabetismo de 37,5% e um nível médio de anos de estudo de apenas 3,4 anos (IPEA, 2003).

Tabela 07
Nível Educacional da população adulta. Lafayette Coutinho, 1991 e 2000

Indicadores	1991	2000
Taxa Analfabetismo	51,0	37,5
% de menores de 4 anos de estudo	74,7	58,3
% de menores de 8 anos de estudo	92,8	82,9
Média de anos de estudo	2,1	3,4

Fonte- IPEA/Atlas do Desenvolvimento Humano do Brasil/Perfil Municipal 2003

3.1.2. População

Segundo o IBGE, no ano de 2000, o município de Lafayette Coutinho possuía uma população de 4.102 habitantes, sendo o município menos populoso da Região Sudoeste da Bahia e incluindo-se na faixa dos dez municípios menos populosos do estado, correspondendo a apenas 0,03% da população estadual (IBGE, 2000). Além disso, o município apresenta uma característica que se opõe à tendência da população brasileira nas últimas décadas, sua população é predominantemente rural. A população brasileira, durante o Século XX, passou de uma população predominantemente rural para uma população predominantemente urbana, como se afirma em seguida:

Um aspecto importante da população brasileira está relacionado ao processo de urbanização. Até 1960 a maioria da população residia em áreas rurais (...). Como é sabido o fenômeno de urbanização no Brasil está associado a fluxos migratórios internos. Em síntese pode-se afirmar que o Brasil sofreu profundas alterações durante as últimas décadas, ao passar da situação de um país essencialmente rural para outra, em que mais de 80% de sua população (137 milhões) reside em áreas urbanas (RISI JR.; NOGUEIRA, et al: 131).

Conforme observado na Tabela 08, dos 4.102 habitantes de Lafayette Coutinho, no ano de 2000, 2.181 residiam em áreas rurais, possuindo o município uma taxa de urbanização de apenas 46,83%. Embora essa taxa tenha crescido no município, na década de 1990, mais de 12 pontos percentuais, passando de 34,56% para 46,83%, tal proporção pode ser considerada baixa ao compararmos com a taxa de urbanização da Bahia, 67,12%, Nordeste, 69,04% e a do Brasil, 81,23% (IPEA, 2003).

Tabela 08
População por situação de domicílio. Lafayette Coutinho, 1991 e 2000

Distribuição da população	1991	2000
População total	5125	4102
Urbana	1771	1921
Rural	3354	2181
Taxa de urbanização	34,56%	46,83%

Fonte- IPEA/Atlas do Desenvolvimento Humano do Brasil/Perfil Municipal 2003

Uma outra característica que chama atenção no município é a sua taxa de crescimento populacional negativa, destoando das médias de crescimento estadual, regional e nacional. Enquanto Lafayette Coutinho, no período de 1991 a

2000, apresentou uma taxa média anual de crescimento de $-2,54\%$, reduzindo sua população em quase 20% na década de 1990, o estado da Bahia apresentou uma taxa de crescimento anual de $1,12\%$, aumentando sua população em mais de 10% no mesmo período. Conforme observações feitas no município e vários relatos de cidadãos lafayetenses, a principal causa de tal decréscimo populacional é a constante migração, especialmente da população adulta jovem, que diante da falta de perspectivas educacionais e profissionais migram em busca de oportunidades, principalmente para as cidades de Jequié e Salvador, e para o Sudeste brasileiro.

3.1.3. Desenvolvimento Econômico e Social.

A Mortalidade Infantil no município de Lafayette Coutinho diminuiu 20,96% (Tabela 09) no período de 10 anos. No entanto, apesar dessa diminuição, o município, em 2000, ainda ostenta valores considerados altos, 49,2%. A taxa de Mortalidade Infantil do município é superior à taxa do estado da Bahia, que é de 46,5%, e também superior à do Brasil, que é de 42%. O município de Lafayette Coutinho possui um índice de Mortalidade Infantil ainda superior à do Nordeste, que é de 44,2%. Tal comparação deixa o município em situação incômoda, visto que a região Nordeste possui o maior índice de Mortalidade Infantil das cinco regiões brasileiras (IPEA, 2003).

Tabela 09
Longevidade, Mortalidade Infantil e Fecundidade. Lafayette Coutinho, 1991 e 2000.

Indicador	1991	2000
Mortalidade Infantil	62,2	49,2
Esperança de Vida ao nascer	61,3	63,1
Taxa de Fecundidade Total	4,2	2,6

Fonte- IPEA/Atlas do Desenvolvimento Humano do Brasil/Perfil Municipal 2003

Em relação à expectativa de vida, pode-se observar um crescimento de 1,8 anos da esperança de vida ao nascer, para esse período de 10 anos. No entanto a expectativa de vida da população lafayetense também é baixa, quando comparada à expectativa de vida da população brasileira, que em 2000 era de 68,6 anos, 5,5 anos maior que a expectativa de vida do município. A expectativa de vida do município, em relação à expectativa de vida da região Nordeste, que é a menor das cinco

regiões brasileiras, apresenta uma diferença de 2,7 anos a menos, tendo o Nordeste uma expectativa de vida de 65,8 anos.

Ao serem observados os indicadores de pobreza e desigualdade do município (Tabela 10), percebe-se uma grande contradição entre a diminuição da pobreza e o aumento da desigualdade de renda. A renda *per capita* média do município teve um considerável aumento de 97% no período de 10 anos, passando de R\$ 41,00, em 1991, para R\$ 80,70, em 2000, o que pode sugerir um maior acesso da população a recursos financeiros. Aliado a isso, a proporção de pobres², que ainda é considerada alta, 70,50% da população é pobre, teve uma diminuição de 20 pontos percentuais no referido período, o que pode sugerir melhor distribuição de renda no município.

Tabela 10
Indicadores de Renda, Pobreza e Desigualdade. Lafayette Coutinho, 1991 e 2000.

Indicadores	1991	2000
Renda <i>per capita</i> média (R\$)	41,00	80,70
Proporção de Pobres (%)	90,40	70,50
Coeficiente de Gini	0,47	0,52

Fonte- IPEA/Atlas do Desenvolvimento Humano do Brasil/Perfil Municipal 2003

No entanto, o Coeficiente de Gini³ se elevou nesse período, passando de 0,47, em 1991, para 0,52, em 2000, evidenciando um aumento da desigualdade de renda do município. Embora o município tenha tido um aumento da renda *per capita* média, o Coeficiente de Gini evidencia que não houve melhora na distribuição da renda, pelo contrário, elevaram-se os rendimentos das classes mais abastadas e diminuíram os rendimentos da população pobre, evidenciando a contradição de aumento da renda média e maior empobrecimento das classes despossuídas.

Ainda de acordo com os dados do Atlas de Desenvolvimento Humano no Brasil (IPEA, 2003), Lafayette Coutinho apresentou considerável melhora no IDH-M, entre 1991 e 2000. Conforme se observa na Tabela 11, em 1991, o IDH-M era de 0,493, passando para 0,607, em 2000, com crescimento de 23,12% no período, segundo avaliação do IPEA. No entanto, mesmo com esse crescimento do IDH municipal, esse índice ainda é baixo em relação ao da Bahia, que, em 1991, foi de

² Medida pela proporção de pessoas com renda domiciliar *per capita* inferior a R\$ 75,50, equivalente à metade do salário mínimo vigente em agosto de 2000.

³ Coeficiente de avaliação da desigualdade de renda, no qual o valor zero corresponde à igualdade perfeita e o valor um a desigualdade absoluta.

0,590, e, em 2000, foi de 0,688, tanto quanto em relação ao do Brasil, que foi de 0,696 e de 0,766, respectivamente nos anos de 1991 e de 2000.

Tabela 11
Índice de Desenvolvimento Humano Municipal. Lafayette Coutinho, 1991-2000.

Indicadores	1991	2000
IDH-M	0,493	0,607
Educação	0,482	0,680
Longevidade	0,605	0,635
Renda	0,393	0,506

Fonte- IPEA/Atlas do Desenvolvimento Humano do Brasil/Perfil Municipal 2003

Nesse período, o hiato do desenvolvimento humano⁴ foi reduzido em 22,5%. Mantendo-se esta taxa de crescimento, o município levaria 17,3 anos para alcançar São Caetano do Sul, em São Paulo, município com o melhor IDH do Brasil, que é de 0,919, e 11,8 anos para alcançar Salvador, município com melhor IDH do estado 0,805 (IPEA, 2003).

Com esse IDH-M de 0,607 Lafayette Coutinho está entre os municípios considerados de médio desenvolvimento humano (IDH entre 0,5 e 0,8). Comparado aos 5507 municípios brasileiros, Lafayette Coutinho apresenta-se numa situação ruim, pois se classifica na 4530^a posição, significando que 4529 municípios brasileiros (82,2%) estão em situação melhor e apenas 977 (17,8%) estão em situação pior ou igual. Comparado com os demais municípios do estado da Bahia, Lafayette Coutinho apresenta-se em posição intermediária, ocupando o 264º lugar, tendo 263 municípios (63,4%) em situação melhor e 151 (36,6%) em situação igual ou pior.

3.1.4. Organização dos Serviços de Saúde.

O município de Lafayette Coutinho está habilitado na Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada, conforme regulamentação do Ministério da Saúde por meio da NOAS/SUS-2002. Nesse nível de gestão, o município tem sob sua responsabilidade a garantia e a execução das ações básicas de saúde a todos os cidadãos do município. Com relação aos procedimentos de média e alta

⁴ Distância entre o IDH do município e o limite máximo de IDH, ou seja 1-IDH.

complexidade, estes ficam sob responsabilidade do estado e os cidadãos lafayetenses, quando necessitados, devem ser encaminhados aos municípios pactuados de Jequié, Itabuna e Salvador (LAFAYETE COUTINHO, 2004).

De acordo o Relatório de Gestão 2003 da Secretaria Municipal de Saúde de Lafayette Coutinho, o sistema de saúde municipal é estruturado a partir da atenção primária a saúde e está organizado por meio da Estratégia de Saúde da Família. O município possui cadastradas no Ministério da Saúde duas Equipes de Saúde da Família, com uma cobertura de 100% de sua população. Essas duas equipes têm seu processo de territorialização organizado de modo que uma cobre toda a população da sede do município e a outra toda a população da zona rural (LAFAYETE COUTINHO, 2004).

A estrutura física do sistema de saúde local, conforme pode-se observar no Quadro 03, é formado por uma Unidade de Saúde da Família, na sede do município, uma Unidade de Saúde da Família, no distrito de Maribondo, um posto de saúde, no povoado de Terra Nova, um posto de Saúde, no povoado do Amazonas, e uma unidade móvel de saúde (LAFAYETE COUTINHO 2002; 2004).

Quadro 03
Estrutura Física do Sistema de Saúde de Lafayette Coutinho, 2003.

01- USF Dr. Carlos Silveira Andrade
01- USF do Maribondo
01- Posto de Saúde do Amazonas
01- Posto de Saúde da Terra Nova
01- Unidade Móvel de Saúde

Fonte- Lafayette Coutinho/Relatório de Gestão 2003 da Secretaria Municipal de Saúde, 2004

Segundo o Plano Municipal de Saúde 2002-2005 e o Relatório de Gestão 2003 da Secretaria Municipal de Saúde, os atendimentos na USF D. Carlos Silva Andrade, localizado na sede do município, são realizados todos os dias da semana. A USF do Maribondo dispõe de uma auxiliar de enfermagem, que trabalha 40h semanais, executando os procedimentos de curativo, administração de medicamentos, terapia de rehidratação oral, visitas domiciliares e verificação de pressão arterial e temperatura, com a Equipe de Saúde da Família atendendo apenas uma vez por semana. Nos outros dias da semana a equipe atende um dia no posto de saúde do Amazonas, um dia no posto de saúde da Terra Nova e os outros dois dias atende na unidade móvel de saúde em outros pequenos povoados e vilas. Sendo que os postos de saúde dos povoados do Amazonas e Terra Nova

também contariam com a lotação de uma auxiliar de enfermagem que prestaria atendimentos similares aos prestados na USF do Maribondo (LAFAYETE COUTYNHO, 2002; 2004).

A estrutura de pessoal da secretaria de saúde deve ser composta pelos profissionais das Equipes de Saúde da Família: 2 médicos; 2 enfermeiros; 01 odontólogo; 01 auxiliar de consultório dentário; 04 auxiliares de enfermagem; 09 Agentes Comunitários de Saúde. A secretaria contaria ainda com 2 agentes de saúde lotados no Programa de Endemias e Controle de Doenças, 01 profissional de nível superior e 02 de nível médio na Vigilância Sanitária e por fim um digitador e agente administrativo lotados na secretaria de saúde (LAFAYETE COUTYNHO, 2002; 2004).

Conforme explicitado acima, esse deveria ser o contingente de pessoal e a estrutura do sistema de saúde de Lafayette Coutinho, de acordo o Plano Municipal de Saúde 2002-2005 e o Relatório de Gestão 2003. No entanto, o que se observou no município, em janeiro de 2004, é que nenhuma das ESF funcionava com equipe completa, inexistindo médico nas duas equipes e tendo apenas uma enfermeira para a ESF da sede. Além das observações feitas *in loco* no referido período, diversos depoimentos de usuários e profissionais de saúde atestam que as ESF não funcionava de forma completa há mais de uma ano. Tais considerações se tornam importantes para que se possa compreender a atual situação da saúde do município.

3.2. Funcionamento do Conselho.

O CMS de Lafayette Coutinho foi legalmente criado em 09 de Junho de 1997, por meio da Lei Municipal 43/97. Essa lei cria o CMS e institui o Fundo Municipal de Saúde - FUMSAÚDE. Segundo o Art. 1º da referida lei o CMS é:

(...) Integrante da estrutura da Diretoria Municipal de Saúde, órgão colegiado de deliberação superior, incumbido de estabelecer, acompanhar e avaliar as diretrizes, estratégias, instrumentos e fixar as prioridades da política municipal de saúde, em consonância com política adotada pelo estado para o setor (LAFAYETE COUTINHO, 1997).

A característica e a natureza do CMS do município, estabelecidas no Art. 1º da Lei Municipal 43/97, estão em consonância com as determinações definidas nacionalmente pela Lei 8142/90, que regulamenta o exercício e a organização do Controle Social no Brasil (BRASIL, 1990).

Com relação às competências, o Art. 2º da Lei Municipal 43/97 regulamenta que ao CMS “competirá aprovar o Plano Municipal de Saúde, bem como fiscalizar a movimentação dos recursos técnicos e financeiros repassados à Diretoria Municipal de Saúde e ao Fundo Municipal de Saúde-FUMSAÚDE” (LAFAYETE COUTINHO, 1997). Ainda sobre as competências, no Art. 3º da mesma lei, fica descrito que “as demais competências do conselho serão estabelecidas em regimento próprio, aprovado através de decreto do Prefeito Municipal”. A análise do Art. 3º, da Lei 43/97, permite observar que a lei municipal atribui competências limitadas ao CMS, visto que tal artigo não traz referência ao acompanhamento e ao controle, por parte do conselho, das ações executadas pela SMS, conforme regulamenta, nacionalmente, o Art. 1º, Parágrafo 2º da Lei 8142/90 (BRASIL, 1990).

No entanto, o Art. 2º, do Cap. II, do Regimento Interno do CMS de Lafayette Coutinho, atribui ao conselho “funções de caráter deliberativo, normativo, fiscalizador e consultivo, tendo como objetivo estabelecer, acompanhar e avaliar a política municipal de saúde” (LAFAYETE COUTINHO, sd). Assim, pode-se comprovar que os textos da Lei Municipal 43/97 e do Regimento Interno do conselho são complementares entre si, e juntos atribuem ao CMS as competências e as responsabilidades bem regulamentadas pela Lei Federal 8142/90.

Quadro 04
Composição do CMS de Lafayette Coutinho. 1997

Segmento	Entidade
Prestadores	Gabinete do Prefeito
	13ª DIRES/SESAB
	Diretoria Municipal de Saúde ⁵
	Diretoria Municipal de Educação
	Diretoria Municipal de Bem Estar Social
Usuários	Associação dos Filhos e Amigos de Lafayette
	Assoc. de Moradores do Lot. José Barreto
	Sindicato do Trabalhadores Rurais
	Igreja Católica
	Igreja Batista

Fonte- Lafayette Coutinho/Lei Municipal 43/97 e 58/97

⁵ Em 1997, quando da criação do conselho, a estrutura organizacional da prefeitura não era composta por secretarias e sim por diretorias.

De acordo com as Leis 43/97 e 58/97, a segunda altera a anterior, o CMS é composto por 10 membros titulares (Quadro 04), com seus respectivos suplentes, sendo que metade é de representante dos prestadores de serviços de saúde e a outra metade é de representante dos usuários.

O tempo de mandato do conselheiro, de acordo o parágrafo 2º do Art. 3º da Lei Municipal 43/97, é de quatro anos, não sendo permitida a recondução dos mesmos para outro mandato subsequente. Todavia, um fato, inscrito no Art. 7º do Regimento Interno do conselho, chama a atenção em relação à posse e ao mandato dos conselheiros:

Art. 7º- A dispensa dos membros do Conselho Municipal de Saúde, ao término do mandato do Poder Executivo Municipal, somente se efetivará a partir da posse de novos membros (LAFAYETE COUTINHO, sd).

Embora não esteja explícito, tal parágrafo induz a considerar que o tempo de mandato do conselheiro esteja condicionado ao tempo de gestão do poder executivo municipal, haja vista que permite interpretar que, após o término do mandato do poder executivo, deverá haver logo posse de novos membros do conselho. Tal situação vai de encontro à autonomia do conselho, pois o mesmo deve atuar de forma independente e responsável, não devendo está atrelado à gestão municipal. Outro fato diz respeito à autonomia das entidades, tanto as entidades que representam o segmento dos usuários como as entidades que representam os profissionais de saúde, pois seus representantes devem ser escolhidos entre os próprios pares e defender o interesse do segmento ao qual representam, não devendo ter ligação com o mandato do poder executivo e não necessariamente tendo que coincidir seus mandatos.

No que se refere à composição do conselho as Leis 43/97 e 58/97 estabeleceram uma grave irregularidade, indo de encontro à Lei 8142/90 e à Resolução 33/92⁶ do CNS. De acordo essas leis, o conselho era composto apenas por representantes dos usuários e do governo, não havendo espaço para a representação dos profissionais de saúde. Tal situação desobedece ao que é preconizado pela Lei 8142/90 que, no Parágrafo 2º, do Art. 1º, que institui que o

⁶ Essa resolução, que era vigente no período da criação do CMS de Lafayette Coutinho, instituiu as diretrizes para criação, reformulação, estruturação e financiamento dos conselhos de saúde. Em 2003 essa resolução foi revogada pela Resolução 333/2003, que trata de assuntos similares aos da 33/92.

conselho de saúde é “composto por representantes do governo, prestadores, profissionais de saúde e usuários”. Também a Resolução 33/92 recomendava que, das vagas destinadas ao segmento dos prestadores, metade deve ser ocupada por profissionais de saúde. No entanto, na composição do CMS de Lafayette Coutinho, todas as cinco vagas destinadas ao segmento dos prestadores são ocupadas pelo governo, uma pelo gestor estadual, por meio da representação da Dires/SESAB, e as outras quatro pelo gestor municipal, sendo uma diretamente do gabinete do prefeito e as outras três destinadas às diretorias de saúde, educação e bem estar social.

Tal composição além de afrontar a Lei Orgânica da Saúde e as diretrizes instituídas pelo CNS, também traz danosas consequências para o funcionamento do CMS e o exercício do Controle Social, visto que, impede a participação do segmento dos profissionais de saúde, que em muito podem contribuir com suas experiências e saberes técnicos.

3.2.1. Instalação e Formação Inicial.

Apesar de ter sido criado legalmente em 19 de junho de 1997, a instalação do CMS de Lafayette Coutinho só aconteceu três meses após, em 11 de setembro do mesmo ano. De acordo com o Livro de Atas do CMS, a reunião de instalação do CMS foi presidida pelo prefeito municipal e contou com a presença de dois representantes da 13ª Dires, além de várias autoridades do município.

Com relação à composição do conselho, uma irregularidade é observada desde o momento de sua instalação. Apesar da Lei 43/97, que cria o conselho, instituir que o CMS é composto por cinco representantes dos prestadores e cinco representantes dos usuários, com seus respectivos suplentes. A instalação do conselho ocorreu com a posse de apenas três representantes dos usuários e três representantes dos prestadores, e seus suplentes. No segmento dos usuários foram empossados os representantes da Igreja Batista, da Igreja Católica e da Associação dos Filhos e Amigos de Lafayette Coutinho, e em nenhum momento a histórica ata de posse faz referência à representação do Sindicato dos Trabalhadores Rurais e da Associação de Moradores do Loteamento José Barreto, que também deveriam compor o CMS.

Com relação ao segmento dos prestadores, um outro fato chama a atenção, pois, dos três representantes empossados, um é representante da 13ª DIRES/SESAB e os outros dois são representantes da prefeitura, sem a especificação de qual diretoria representam, como também exige e regulamenta a lei.

No decorrer do ano de 1997, ocorreram mais três reuniões do CMS, uma no dia 18 de setembro, outra no dia 16 de outubro e uma última no dia 06 de dezembro. A reunião do dia 18 de setembro contou com a presença de todos os seis representantes titulares e cinco dos seus suplentes, e tratou dos seguintes assuntos: aprovação do relatório de gestão do exercício de 1996; encaminhamento de solicitação à SESAB e à CIB da habilitação do município na Gestão Plena da Atenção Básica; aprazamento do plano municipal de saúde; e solicitação de cessão para o município de unidades de saúde as SESAB.

A reunião do dia 16 de outubro contou com a participação dos seis representantes titulares e de quatro suplentes, e nessa reunião foi discutida a gestão financeira e os indicadores epidemiológicos do município. Um destaque dessa reunião é o fato de um conselheiro, a ata não especifica quem, ter solicitado material informativo sobre o papel e a atuação dos conselheiros de saúde. Não consta que a demanda tenha sido atendida.

No dia 06 de dezembro foi realizada a última reunião do ano de 1997, contando com a presença dos seis conselheiros titulares e de quatro suplentes. Essa reunião teve como pauta a posse de novos conselheiros de saúde, conformando algumas curiosidades e instituindo uma série de novas irregularidades no conselho. Nessa reunião foram empossados cinco novos conselheiros, com os seus respectivos suplentes, dois de representantes dos usuários - do Sindicato dos Trabalhadores Rurais e da Associação de Moradores do Loteamento José Barreto - e três de representante dos prestadores - do gabinete do prefeito, da diretoria municipal de educação e da diretoria de bem estar social. Com a posse destes cinco conselheiros se institui um sério desrespeito à legislação vigente, que é a quebra da paridade. Enquanto o segmento dos usuários completa a representação instituída pela Lei Municipal 43/97, ficando com cinco representantes (Quadro 04), o segmento dos prestadores, que já tinha três representantes, passa a ter mais três, ficando com seis representantes, um a mais do que o preconizado pela Lei 43/97.

Tal situação evidencia um desrespeito à legislação, tanto a legislação federal quanto a própria legislação municipal, e uma prática que tende ao enfraquecimento do Controle Social, por tornar o segmento dos prestadores mais fortalecido numericamente. Além dessas irregularidades, na posse dos novos conselheiros um outro fato chama a atenção, o prefeito municipal toma posse como conselheiro de saúde. Apesar da Lei 8142/90 e da Resolução 33/92 do CNS em nada se referirem a fato de tal natureza, esta situação se constitui em completo desrespeito ao exercício do Controle Social, pois o CMS é espaço de discussão e elaboração da política de saúde municipal, já tendo o gestor seus representantes no conselho.

No caso de Lafayette Coutinho a representação da gestão municipal já era maior do que o preconizado pela legislação, visto que o espaço dos profissionais de saúde foi ocupado por representantes do governo. Além do mais, a presença do prefeito no conselho pode inibir posicionamentos críticos dos representantes dos usuários e dos representantes dos prestadores de serviço. O gestor municipal, simultaneamente, delega e assume, confundindo a instância executiva com a deliberativa, confundindo a democracia representativa com a democracia participativa. Por fim, as funções de um prefeito são por demais sobrecarregadas, o que pode impedir a presença desse às reuniões aumentando prejuízos ao quorum e a qualidade do trabalho do conselho. E isso parece ter ocorrido com o prefeito conselheiro de Lafayette Coutinho, visto que das 17 reuniões ocorridas entre 1998-2000, tempo de seu mandato como conselheiro, ele só compareceu a quatro, correspondendo a menos de 25% de presença.

3.2.2. Frequência das Reuniões.

O Regimento Interno do CMS de Lafayette Coutinho, em seu Cap. V, Art. 12º, institui que o CMS “se reunirá ordinariamente uma vez por mês e extraordinariamente por convocação de seu presidente ou mediante requerimento de dois terços de seus membros efetivos” (LAFAYETE COUTINHO, sd). No entanto, o que se observa na história do CMS do município é a franca irregularidade na frequência das reuniões. No Quadro 05 pode-se observar que, desde a criação, em 1997, até o ano de 2004, quando se encerra a presente pesquisa, o CMS em nenhum dos anos se reuniu ordinariamente uma vez por mês. Das 96 reuniões

previstas, foram realizadas apenas 37 (38,5%) e em todos os anos de sua existência, os anos que o conselho realizou mais reuniões foram 2000 e 2003, com seis reuniões em cada ano.

Quadro 05
Reuniões realizadas pelo CMS de Lafayette Coutinho. 1997-2004

Ano	1997	1998	1999	2000
Data da Reunião	11 de Setembro 18 de Setembro 16 de Outubro 06 de Dezembro	10 de Fevereiro 09 de Julho 16 de Julho 10 de Dezembro	04 de Março 25 de Março 09 de Junho 02 de Setembro* 09 de Setembro 09 de Novembro	14 de Março 30 de Março 11 de Maio 27 de Julho 17 de Agosto* 22 de Agosto 01 de Novembro
Ano	2001	2002	2003	2004
Data da Reunião	23 de Março 26 de Abril 31 de Maio 14 de Setembro 18 de Outubro	29 de Janeiro 27 de Abril 11 de Outubro	21 de Março 05 de Maio 19 de Maio 08 de Agosto 25 de Agosto 24 de Setembro	07 de Abril* 13 de Abril 06 de Maio 10 de Junho 06 de Junho

Fonte- Lafayette Coutinho/Livro de Ata do CMS. 1997-2004.

Analisando as atas, no que diz respeito às reuniões ordinárias, observa-se que o máximo de reuniões que o conselho conseguiu realizar foram cinco, nos anos de 1999, 2000 e 2001. O mínimo ocorreu em 2002, quando ocorreram apenas três reuniões. Independente de uma avaliação qualitativa e mais aprofundada em relação às discussões do conselho e ao desempenho de suas atribuições, uma frequência tão baixa de reuniões comprova um funcionamento inadequado, visto que seu regimento regulamenta que as reuniões devem acontecer mensalmente, e pode sugerir uma inefetividade do Controle Social no município, pois as demandas em saúde e o exercício do controle das políticas públicas não teriam espaço de tempo suficiente para serem debatidas em tão escassas reuniões.

* Reuniões agendadas e registradas em Livro de Ata porém não realizadas por falta de quorum

3.2.3. Composição do Conselho

Como visto anteriormente, o CMS de Lafayette Coutinho apresenta uma série de irregularidades, tanto em sua estruturação como em sua composição inicial. Em sua estruturação legal, com a não inclusão de representantes dos profissionais de saúde na composição do conselho, não foi permitida a representação de todos os segmentos sociais envolvidos nas questões da saúde. Em relação à sua composição inicial, o CMS apresenta outras irregularidades, desde a posse fragmentada dos conselheiros até a quebra da paridade, com o número de representantes dos prestadores maior do que o estabelecido por lei e também maior que a representação dos usuários.

A presença de irregularidades na estruturação e na composição do CMS de Lafayette Coutinho não é característica apenas de sua formação inicial. No decorrer dos seus oito anos de funcionamento (1997 a 2004), o município apresentou diversas outras situações irregulares quanto à composição do conselho, à posse e desligamento de conselheiros, e à escolha de não conselheiros como delegados para representar o conselho em eventos de âmbito regional e estadual.

Enfatize-se que a avaliação feita neste capítulo resulta da análise dos documentos oficiais do município (Lei Municipal 43/97, Lei Municipal 58/97, Relatório de Gestão da SMS no ano de 2002, Relatório de Gestão da SMS no ano de 2003, Plano Municipal de Saúde 1998-2001 e Plano Municipal de Saúde 2002-2005) e de documentos pertencentes ao CMS (Regimento Interno do Conselho, sd, e Livro de Atas do Conselho 1997-2004).

Conforme estabelecido no Parágrafo 3º, do Art. 3º, da Lei Municipal 43/97, o tempo de mandato dos conselheiros é de quatro anos, não sendo permitida a recondução para um mandato subsequente. Desta forma, nesses oito anos de existência o CMS de Lafayette Coutinho teve duas gestões, a primeira foi de sua posse em 11 de setembro 1997 até 23 de março de 2001, e a outra iniciando nessa data e com término previsto para início de 2005.

Em virtude do mandato dos conselheiros de saúde, em Lafayette Coutinho, coincidirem com o tempo da gestão municipal, no período de realização dessa pesquisa, em janeiro de 2005, vários conselheiros declararam não serem mais conselheiros, pois o novo prefeito, empossado em janeiro de 2005, ainda não tinha convocado um novo conselho. Desta forma, o mandato que legalmente deveria ir

até 23 de março de 2005, era dado por encerrado no final de 2004, pelo motivo de mudança de gestão municipal.

Com o objetivo de facilitar o entendimento, a análise da composição do conselho foi dividida em dois períodos, o da primeira gestão, 1997-2000, e o da segunda, 2001-2004.

Na primeira gestão do conselho, um fato se apresenta como comum: a troca frequente de conselheiros por parte das entidades. Também chama atenção o fato das atas e das frequências das reuniões apontarem que conselheiros eram substituídos sem o encaminhamento de nenhuma documentação por parte da entidade ou registro deste procedimento no livro de atas.

De acordo com a leitura do livro de atas, algumas mudanças de conselheiros ocorreram com o comunicado oficial ao conselho e o registro no respectivo livro. O representante da Associação dos Filhos e Amigos de Lafayete Coutinho pediu seu desligamento em 09 de setembro de 1999 e a mesma associação só encaminhou outro representante em 11 de maio de 2000, ficando o conselho por oito meses sem essa representação dos usuários, visto que o suplente dessa associação abandonou sua representação no conselho desde 10 de fevereiro de 1998.

Os representantes suplentes da prefeitura e da Igreja Batista solicitaram oficialmente seu desligamento do conselho em 27 de julho de 2000, não sendo substituídos por outros. Também nessa data, de modo perfeitamente regimentar, a Secretaria de Educação do município encaminha ofício ao conselho solicitando afastamento das suas duas conselheiras, a titular e a suplente, e ao mesmo tempo encaminha o nome das duas novas representantes que deverão substituí-las.

Um outro fato que deve ser analisado no CMS de Lafayete Coutinho é com relação à presidência do conselho. Dos documentos oficiais analisados (Lei 43/97, Lei 58/97 e o Regimento Interno do Conselho), nenhum deles faz referência ao modo de encaminhar a escolha do presidente do conselho. Tendo o município adotado a postura de naturalmente investir ao cargo de presidente do CMS a diretora de saúde do município.

No período da primeira gestão dos conselheiros, duas enfermeiras ocuparam o cargo de diretora municipal de saúde. Uma já era diretora quando da instalação do conselho e permaneceu no cargo até a reunião de 10 de fevereiro de 1998, tendo naturalmente assumido a postura de presidente do conselho sem nenhum processo eleitoral ou submissão de seu nome para apreciação dos conselheiros. A ata da

reunião realizada no dia 18 de setembro de 1997, segunda reunião do conselho, sendo a primeira a da posse, já faz referência à diretora de saúde como presidente do conselho, conforme observado em trecho da ata:

(...) Não tendo nada mais a ser discutido, a sr^a JLMS (abreviação nossa), presidente dos trabalhos, solicitou-me a leitura da ata que logo após ser discutida e aprovada será assinada por mim e pelos demais presentes. (LAFAYETE COUTINHO/Livro de Atas do CMS, 1997-2004: 03)

Também a segunda diretora municipal de saúde no período, ao participar da primeira reunião do conselho já o faz na qualidade de presidente. Após um longo período de seis meses sem reuniões, em 09 de julho de 1998 a reunião do conselho é conduzida pela nova diretora de saúde, denominada com a designação não formal de “secretária”, na função de presidente do conselho, conforme relato da ata da reunião:

(...) Reunião presidida por RPAB (abreviação nossa), secretária municipal de saúde e coordenadora do Conselho Municipal de Saúde e secretariada por mim VGC (abreviação nossa) que lavrei a presente ata que será lida, aprovada e assinada por todos os presentes (LAFAYETE COUTINHO/Livro de Atas do CMS, 1997-2004: 06).

A condução direta do Diretor ou Secretário Municipal de Saúde ao cargo de presidente do CMS se constitui numa atitude de completo desrespeito à democracia do conselho, visto que tal entidade deve se constituir em um fórum de exercício da participação cidadã, não devendo existir supremacia de nenhum dos segmentos, e o processo de escolha do seu presidente deve seguir os critérios democráticos que norteiam as instâncias de decisão coletiva.

Quando da expiração do mandato dos conselheiros, em sua primeira gestão, ocorreu uma “reformulação” na composição do CMS, sem que isso tenha acontecido de forma legal ou ao menos registrado em ata. Houve também uma reformulação da estrutura organizacional da prefeitura, criando-se as secretarias municipais em substituição as diretorias municipais. No dia 23 de março de 2001 foi dado posse ao conselho, com sua nova composição, conforme mostrado no Quadro 06.

Com essa nova composição, diferente da estabelecida pelas Leis Municipais 43/97 e 58/97, foi empossado o CMS sem que houvesse a promulgação de uma nova lei que regulamentasse tal reformulação. Também o livro de atas que deveria registrar as discussões ou deliberações referentes à reestruturação do conselho, nada refere sobre tal assunto, não havendo qualquer documento do CMS ou da

própria SMS que regulamente tal decisão. Deste modo, conclui-se que, do ponto de vista jurídico, a reformulação do CMS de Lafayette Coutinho se deu de forma irregular e ilegal, não havendo preocupação do conselho em instituir uma mudança regulamentada e participativa. Pois, pode-se comprovar que a reestruturação do CMS se deu de forma vertical, não havendo registro de debate ou envolvimento das representações do conselho, visto que o livro de atas do conselho em nenhum momento expressa discussões sobre a referida reformulação.

Quadro 06
Composição do CMS de Lafayette Coutinho. 2001.

Segmento	Entidade
Prestadores	Secretaria Municipal de Saúde ⁷
	Secretaria Municipal de Educação
	Secretaria Municipal de Bem Estar Social
	Secretaria Municipal de Obras
	Secretaria de Administração
	13ª DIRES/SESAB
	Unidade de Saúde
Usuários	Sindicato do Trabalhadores Rurais
	Igreja Católica
	Igreja Batista
	FUMAC Sede
	FUMAC A
	FUMAC B
	FUMAC C

Fonte- Lafayette Coutinho/ Livro de Atas do CMS, 2001: 25

Além da inadequada forma como foi feita reestruturação do conselho, ao se analisar a estrutura da nova composição, conclui-se que o conselho continua a apresentar irregularidades em relação ao que regulamenta a Lei 8142/90 e a Resolução 33/92. A nova composição do conselho aumentou o número de conselheiro de 10 para 14, sendo sete de representantes dos usuários e sete de representante dos prestadores, sem representação dos profissionais de saúde.

Com relação à composição dos usuários excluiu as representações da Associação dos Filhos e Amigos de Lafayette Coutinho e da Associação de

⁷ Em 2001, quando da posse dos novos conselheiros, a estrutura organizacional da prefeitura era composta por secretarias e não mais por diretorias.

Moradores do Loteamento José Barreto e incluiu a representação do FUMAC⁸ da sede e das três principais regiões do município. No entanto, com relação à composição dos prestadores, aumentou o número de secretarias que representa o governo municipal e continuou a excluir o segmento dos profissionais de saúde, que deveria ter uma representação de metade das vagas destinadas aos prestadores (CNS, Resolução 33/92). Deste modo, evidencia-se que a reformulação, mesmo ampliando o número de conselheiros, não se pautou em princípios que buscassem contemplar todos os segmentos que deveriam fazer parte do conselho.

3.2.4. Frequência dos Conselheiros.

De acordo com algumas considerações registradas no livro de atas, verifica-se que o CMS de Lafayette Coutinho apresentou, em determinados momentos, dificuldade de quorum mínimo para se reunir, visto que, em algumas atas observa-se o registro do apelo da secretária de saúde para a necessidade de maior responsabilidade por parte dos conselheiros.

Apesar do livro de atas ser destinado ao registro dos acontecimentos, falas e deliberações das reuniões do conselho que efetivamente aconteceram, o livro de atas de Lafayette Coutinho, em três momentos, trás o registro do que deixou de acontecer, isto é, das reuniões que foram convocadas e tiveram a presença de um número insuficiente de conselheiros para se atingir o quorum mínimo, não sendo possível a realização das mesmas. Vejamos a seguir a transcrição na íntegra da atas dos dias 02 de setembro de 1999, 17 de agosto de 2000 e 07 de abril de 2004 respectivamente:

Ao segundo dia do mês de setembro de 1999 reuniu-se o conselho de saúde do município de Lafayette Coutinho no salão paroquial para aprovação das contas do primeiro semestre do ano de 1999. Não sendo possível realizá-la por falta de quorum. Estavam presentes os conselheiros RPAB, JGBA, ERM, APS e DLMS (abreviações nossas), eu FMGC secretária *ad hoc* dou por encerrada a reunião (LAFAYETE COUTINHO, Livro de Ata do CMS, 1997-2004: 11).

⁸ O município de Lafayette Coutinho possui um grande número de associações (de moradores, de agricultores, de apicultores, de pecuaristas, dentre outras) e essas associações estão organizadas em quatro grandes conselhos de associações chamados de FUMAC sede, FUMAC A, FUMAC B e FUMAC C.

Aos 17 dias do mês de agosto do ano de 2000 reuniu-se no salão de paroquial o Conselho Municipal de Saúde, com os seguintes pontos de pauta: Apresentação da equipe de saúde da família, prestação de contas do PAB dos meses de abril, maio e junho do ano de 2000. Não foi possível realizar a reunião por não ter o número suficiente de quorum, apenas quatro representações estavam presentes. Eu VGC (abreviação nossa) lavrei a presente ata que será assinada por mim e demais presentes (LAFAYETE COUTINHO, Livro de Ata do CMS, 1997-2004: 21).

Ao sétimo dia do mês de abril do ano de 2004, reuniu-se na secretaria de saúde o Conselho Municipal de Saúde com os seguintes pontos de pauta: Prestação de Contas e explanação sobre o Pólo de Educação Permanente com técnicos da 13ª DIRES. Por não haver membros suficientes não será dada continuidade a reunião. Não havendo nada mais tratar eu VGC (abreviação nossa) lavrei a presente ata que será assinada por mim e demais presentes (LAFAYETE COUTINHO, Livro de Ata do CMS, 1997-2004: 41).

Estes registros revelam um problema, tendente a crônico, isto é, a dificuldade do CMS em conseguir o quorum mínimo para realizar as reuniões. Tal situação pode ser sugestiva de uma incapacidade comunicacional, uma dificuldade da organização do conselho em convocar os conselheiros no tempo devido, ou, pior, uma desmotivação dos conselheiros para o exercício do Controle Social.

Ao se analisar a frequência dos conselheiros nas reuniões realizadas no período de 1997-2001 (Anexo A), pode-se observar um maior frequência dos representantes dos prestadores, especialmente dos representantes da prefeitura. No segmento dos usuários, embora se tenha uma frequência regular dos representantes da Igreja Católica, da Igreja Batista e do primeiro representante da Associação dos Filhos e Amigos de Lafayette Coutinho, o segundo representante dessa entidade e os representantes do Sindicato dos Trabalhadores Rurais e da Associação de Moradores do Loteamento José Barreto, mantiveram uma frequência irregular, desencadeando uma menor representatividade do segmento dos usuários.

Na análise da segunda gestão do conselho, período compreendido entre 2001-2005 (Anexo B), observa-se uma irregularidade da frequência das reuniões tanto do segmento dos prestadores, como dos usuários. Embora haja determinados representantes que mantêm uma frequência regular, como por exemplo, no segmento dos prestadores, o representante da secretaria de saúde, da secretaria de bem estar social, que assume a presidência do conselho após o desligamento da secretária de saúde e o suplente da secretaria de obras, e no segmento dos usuários, o representante da Igreja Católica. Essa segunda gestão do conselho se caracteriza por uma frequência mais dispersa dos conselheiros, com muitas reuniões do conselho sendo realizadas com o quorum mínimo.

3.3. Atuação do CMS e suas Deliberações.

Com objetivo de prosseguir com a análise do exercício do Controle Social realizado por meio do CMS de Lafayette Coutinho, realizou-se a análise das atas, com o intuito de avaliar a atuação do conselho e suas principais deliberações. Deve-se aqui ressaltar as dificuldades encontradas em sistematizar as deliberações e interpretar as discussões, em virtude do modo como foram redigidas as atas do conselho, essas, em sua maioria, foram redigidas de forma que apenas citam as deliberações do conselho, ou apenas registram que determinado assunto foi discutido, sem abordar quais foram as posições defendidas e quais os atores que as defenderam.

Após leitura das atas do conselho, de 1997 a 2004, as discussões do conselho e suas deliberações foram classificadas em dois grandes grupos: o primeiro, composto pelas discussões e deliberações que tratam de questões administrativas ou do seu funcionamento, como por exemplo, desligamento e posse de conselheiros, horário das reuniões, dentre outros, assuntos já abordados anteriormente; o segundo, constituiu-se das discussões e deliberações do conselho frente ao seu papel de formulador e controlador das políticas municipais de saúde, atuando inclusive nos aspectos econômicos e financeiros.

Desse segundo grupo, emergiram três categorias caracterizadas de acordo a natureza dos assuntos abordados. A primeira categoria é composta pelas discussões e deliberações dos assuntos referentes ao Estado de Saúde da População e as Políticas Públicas de Saúde, a segunda categoria é composta por assuntos referentes à Organização e Funcionamento dos Serviços de Saúde, e, por fim, a terceira é referente à Gestão Financeira e Prestação de Contas dos Recursos da Saúde do município.

3.3.1. Estado de Saúde e Políticas Públicas.

Esta discussão envolve as deliberações do conselho que objetivaram identificar, analisar e compreender os aspectos referentes ao estado de saúde da população do município, bem como as deliberações das políticas públicas municipais que objetivaram reverter esse estado de saúde. Sendo estado de saúde

aqui entendido por condições de saúde de grupos populacionais específicos e tendências gerais do ponto de vista epidemiológico, demográfico, sócio-econômico e cultural (PAIM, 2002).

Quando da implantação do CMS de Lafayette Coutinho, em setembro de 1997, a saúde desse município estava sob responsabilidade da SESAB, e um dos objetivos da criação do conselho foi preencher um dos requisitos exigidos pelo Ministério da Saúde para implementação do processo de municipalização da saúde municipal. Assim, o conselho surge no intuito de ser um dos instrumentos do processo de municipalização da saúde, trazendo o nível das discussões e das deliberações para mais próximo dos cidadãos, que teriam oportunidade de opinar sobre as políticas de saúde a serem implementadas em sua comunidade.

Com relação às políticas públicas de saúde, que pudessem reverter o estado de saúde da população lafayetense, o CMS do município teve um papel preponderante na deliberação dessas políticas e não se furtou em decidir por uma série de ações, condições de gestão e programas que pudessem transformar a situação da saúde do município.

Na primeira reunião após a sua implantação, em 18 de setembro de 1997, o conselho delibera pelo pedido, junto à CIB e à SESAB, de habilitação do município na Gestão Plena da Atenção Básica, segundo regulamentação da NOB-96. Também nessa reunião delibera pela necessidade de construção de um Plano Municipal de Saúde, e agenda as etapas dessa construção para os meses subsequentes, com a elaboração do diagnóstico situacional da saúde do município e a construção de alternativas viáveis para a saúde. E ainda nessa reunião, do dia 18 de setembro, decide pela solicitação de cessão ao município das unidades de saúde estaduais localizadas em seu território. Assim, o conselho inicia suas atividades com atitudes marcadamente referentes à implementação de novas políticas de saúde.

No início de 1998, o CMS discute e aprova o primeiro Plano Municipal de Saúde, com o objetivo de nortear as ações no quadriênio 1998-2001. Esse documento além de trazer uma breve síntese da história do município, de sua infraestrutura e da organização e estruturação do seu sistema de saúde, elenca as proposições dos principais programas e projetos a serem implementados no município no referido período (LAFAYETE COUTINHO, 1998).

Também em relação às discussões ocorridas no conselho, vários assuntos foram tratados referentes ao estado de saúde da população. Discussões sobre os

indicadores epidemiológicos do município; discussões com relação à falta de esgotamento sanitário e de água tratada; discussão sobre aterro sanitário municipal, dentre outros. Esses debates apontam para o fato que o conselho estava atento para as condições estruturais do município, determinantes do processo saúde-doença. Deve ser destacado ainda que a maioria das discussões travadas no conselho ocorreu por iniciativa de representantes dos usuários.

Outras deliberações referentes às políticas de saúde devem ser destacadas devido a sua magnitude: a deliberação pela criação do PACS⁹, que foi implantado no município no segundo semestre de 1998, e a deliberação pela implantação do PSF, que ocorreu no segundo semestre de 1999, seguida pela decisão de cobertura de 100% desse programa.

Também deve ser destacada a discussão e a aprovação do projeto VIGISUS do Ministério da Saúde, que se constitui em uma estratégia para fortalecer o Sistema Nacional de Vigilância em Saúde, e prevê a criação de infra-estrutura nas três esferas de governo, com uma reorganização geral das ações e da estrutura, mudando o eixo que privilegia a atuação por programas verticais, propondo a implantação de uma visão ampliada, por meio da estruturação do Sistema Nacional Vigilância em Saúde (BRASIL, 1998).

As discussões e deliberações apresentadas até aqui ocorreram no período da primeira gestão do conselho, de 1997 a 2000. No período compreendido como segunda gestão, de 2001 a 2004, também ocorreram algumas deliberações importantes referentes às políticas de saúde municipal. Dentre essas, destacam-se a discussão e a aprovação do Plano Municipal de Saúde, para o exercício de 2002-2005, que definiu uma série de programas e projetos a serem implementados no município; a participação decisiva do CMS para implantação do Programa Fome Zero¹⁰ no município, inclusive com a posse de vários conselheiros no comitê gestor do novo programa; e a aprovação de projeto¹¹ para aquisição, construção e reforma de casas para a população de baixa renda.

⁹ Embora o PACS e PSF são denominados de “programas”, a inclusão dessas deliberações nessa categoria é pelo entendimento que tais “programas” se constituem como estratégia de reorientação do modelo assistencial brasileiro.

¹⁰ Embora o Fome Zero seja denominado de “programa”, a inclusão deste nessa categoria é em virtude do entendimento que esse programa se constitui numa política pública de suplementação nutricional.

¹¹ A ata do conselho não identifica o nome do projeto nem se refere à instituição promotora/financiadora.

Dessa forma, pode-se concluir que o CMS de Lafayette Coutinho desempenhou um papel importante na avaliação do estado de saúde da população e nas deliberações de políticas de saúde que objetivaram transformar as condições de saúde do município. E ainda se faz necessário destacar, que diferentemente das ações das outras categorias como, por exemplo, a organização e o funcionamento dos serviços de saúde, um conselho de saúde municipal dificilmente tem a oportunidade de deliberar por ações que diferem das estratégias de reorientação do modelo assistencial adotadas nacionalmente. E mesmo que a maioria das estratégias e dos programas e projetos aprovados tenham sido por iniciativa da SMS, da SESAB ou do Ministério da Saúde, não se pode deixar de considerar o mérito das posições do conselho que teve uma postura decidida na definição de estratégias positivas de saúde, em consonância com os modelos de reorientação propostos pelas autoridades sanitárias.

3.3.2. Organização e Funcionamento dos Serviços de Saúde.

Essa categoria diz respeito às discussões e deliberações que visaram otimizar a oferta dos serviços de saúde à população, sejam elas deliberações que visaram regular ou ampliar o funcionamento dos serviços oferecidos, ou deliberações que visaram implementar novos serviços.

Os assuntos de organização e funcionamento foram os que mais se fizeram presentes na pauta do CMS de Lafayette Coutinho. No entanto, a maioria dos assuntos tratados nessa categoria ficou apenas no nível da discussão, quando não, apenas da comunicação pela SMS da implantação ou mudança do funcionamento dos serviços de saúde. As deliberações tomadas pelo conselho de saúde para a melhoria ou ampliação dos serviços de saúde do município foram escassas. Tal situação reflete uma atitude de inércia do conselho frente aos problemas de saúde que afetam a população lafayetense. E o que pode ser constituído como mais um agravante dessa inércia do conselho frente aos problemas de saúde, é que a quase totalidade das deliberações tomadas pelo conselho foram a partir de iniciativas e proposições da secretaria de saúde.

De acordo com a natureza dos assuntos, esses foram agrupados e classificados em três subcategorias: os informes, as discussões e as deliberações.

A subcategoria “informes” é constituída pelas ações dos serviços de saúde que foram implementadas pela SMS e apenas comunicada ao CMS. A maioria das ações pertinentes a essa categoria foi constituída por ações de responsabilidade e de rotina da SMS, implementadas no município e posteriormente comunicadas aos conselheiros. Alguns exemplos dessas ações são a comunicação de presença da FUNASA no município para o combate à Dengue; Informe da frequência de realização de exames preventivos de câncer de colo do útero; Comunicação da contratação e desligamentos de médicos e enfermeiros; Informes sobre a realização de feiras de saúde, semana de amamentação e campanhas de vacina.

No entanto, uma comunicação se destaca das demais por evidenciar a compra de equipamento que implementa uma nova estratégia de assistência no município, sem que isso fosse tratado ou deliberado pelo conselho. A referida ação diz respeito à comunicação, na reunião do dia 27 de julho de 2000, de aquisição pelo município, de uma unidade móvel de saúde, com consultório médico e gabinete odontológico, para atendimento as populações da zona rural.

O atendimento às populações rurais sempre foi um dos grandes problemas do sistema de saúde local, isto em virtude da dificuldade de deslocamento dessas populações para a sede do município, onde se concentra a assistência médico-sanitária. Assim, um assunto de tamanha importância para o município, e com o envolvimento de considerável parcela do orçamento municipal da saúde deveria ter sido discutido e, no caso, decidido no âmbito do CMS, e não por uma atitude isolada da SMS.

Com relação à segunda subcategoria, “discussões”, essa foi a que mais ocupou as pautas das reuniões, e envolveu uma série de debates travados nas reuniões do conselho, sobre diversos assuntos, e que segundo os relatos do livro de ata não se conseguiu avançar para as devidas deliberações. Dentre essas discussões destacam-se o funcionamento da Vigilância Sanitária Municipal; o Planejamento Familiar e a atenção à saúde da mulher; a liberação das ambulâncias e seu estado de funcionamento; o papel do ACS no agendamento do tratamento odontológico; a Assistência Farmacêutica municipal; e o funcionamento das unidades de saúde nos dias de sábado, dia que existem maiores possibilidades de transporte da zona rural para a sede, em virtude de realização de feira livre.

Muitos desses assuntos se mostram como perenes problemas de saúde do município e permearam as discussões no conselho por várias reuniões, sem se

conseguir chegar aos devidos encaminhamentos, evidenciando a falta de maturidade política e de determinação do conselho para a decisão sobre problemas que afetavam o funcionamento dos serviços de saúde municipal e a qualidade de vida da população.

Por fim, a subcategoria “deliberações” se constitui num dos principais instrumentos para a busca da equidade dos sistemas de saúde, visto que, as deliberações do conselho tendem a ir ao encontro de soluções que tornem os sistemas de saúde mais eficientes e resolutivos.

Todavia, os elementos dessa subcategoria foram os de menor quantidade nas reuniões do conselho. Dentre as principais deliberações do conselho, pertinentes à organização e ao funcionamento dos serviços de saúde, destacam-se: a aprovação da implementação do Programa de Combate as Carências Nutricionais-PCCN e do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional-SISVAN, ambos do Ministério da Saúde; a aprovação de normas para contratação e desligamento de ACS; a aprovação de PPI que tinha sido pactuada pela SMS em reunião da 13ª Dires; a normalização do atendimento a pessoas de outros municípios; e a aprovação de construção de unidade de saúde e aquisição de novos equipamentos, previsto no projeto VIGISUS.

Além das deliberações do conselho referentes aos serviços de saúde serem em número diminuto, a análise da natureza dessas deliberações permite perceber que, na maioria, ocorreram por iniciativa de proposição da SMS ou por programas do Ministério da Saúde a serem implementados no município. Tal situação reforça a demonstração de uma inércia do conselho frente à sua própria autonomia.

3.3.3. Prestação de Contas e Gestão Financeira.

Essa categoria, como seu próprio nome indica, aborda as questões referentes à gestão financeira dos recursos da saúde e o processo de prestação de contas da SMS no conselho. Também, em alguns momentos, é estabelecida uma relação com os processos de aprovação dos Relatórios de Gestão da SMS, que ocorreram no período de realização dessa pesquisa.

As questões financeiras foram um dos primeiros assuntos a serem abordados no CMS de Lafayette Coutinho. Na sua primeira reunião após a posse, em 18 de

setembro de 1997, o conselho se viu diante da necessidade de aprovar as contas da saúde, referente a 1996, e o Relatório de Gestão, do mesmo ano. Tal situação ocorreu sem que os conselheiros tivessem nenhum tipo de capacitação ou preparo para aquela responsabilidade.

A análise da ata permite a interpretação de que a Diretoria Municipal de Saúde não era a responsável pela gestão dos recursos financeiros da saúde, visto que a prestação de contas, bem como o Relatório de Gestão foram apresentados pelo Diretor Municipal de Administração. E como o conselho não tinha capacitação suficiente para análise das contas que hora se apresentava, o administrador apegou-se à prerrogativa de que o Tribunal de Contas dos Municípios -TCM já havia aprovado todas as contas de Lafayette Coutinho, referente ao exercício de 1996. Deste modo, segundo ele, ao conselho caberia apenas homologar a decisão do TCM:

(...) os conselheiros vão considerar as prerrogativas do Tribunal de Contas dos Municípios, que aprovou as contas da Prefeitura Municipal de Lafayette Coutinho, exercício de 1996, para com esse embasamento aprovar a gestão do exercício de 1996, na área da saúde do município (LAFAYETE COUTINHO, Livro de Ata do CMS, 1997-2004: 02).

Tal situação demonstra a fragilidade do conselho diante de uma situação de alta complexidade técnica, exposta pela secretaria, que era a necessidade de aprovação do Relatório de Gestão e da prestação de contas. Mesmo levando-se em consideração que o CMS estava recém empossado, tal situação poderia ser o motivo desencadeante da explicitação da necessidade de capacitação para os conselheiros. Diante dessa situação poderia ser exigida da SMS, e ainda naquele momento poder-se-ia adiar a aprovação para uma outra reunião a fim de que os conselheiros buscassem embasamento para a análise das contas.

Após essa atropelada aprovação das contas de 1996, o conselho passou por um longo período sem realizar apreciação das contas da saúde. Em algumas reuniões a secretaria de saúde buscou esclarecer as finalidades do PAB e para onde esses recursos deveriam ser alocados, no entanto, com relação à prestação de contas, o conselho manteve-se inativo cerca de 18 meses.

Em nenhuma das reuniões a prestação de contas do ano de 1997 foi tratada, discutida ou aprovada pelo conselho de saúde. Com relação às contas de 1998, essas foram aprovadas, em sua totalidade, na reunião realizada no dia 04 de março

de 1999. Nessa reunião, a ata relata, que além da aprovação das contas foram “esclarecidas as dúvidas do dinheiro que vem para o Centro de Saúde, ou seja, para a conta da saúde e onde é gasto” (LAFAYETE COUTINHO, Livro de Ata do CMS, 1997-2004: 09), evidenciando a realização de debate em torno da alocação dos recursos da saúde. Ainda nessa reunião, deliberou-se que a prestação de contas do ano de 1999 deveria acontecer trimestralmente.

No entanto, mesmo havendo várias reuniões no ano de 1999, em nenhuma delas foi tratado a respeito da prestação de contas do referido ano, mesmo tendo sido deliberação do próprio conselho que a prestação de contas, a partir de 1999, deveria acontecer trimestralmente, tal prestação só veio acontecer, de forma integral, em 30 de março de 2000. Também nessa reunião foi reafirmado, o que já havia sido deliberado há cerca de um ano atrás e não seguido pelo conselho, que a prestação de contas deveria acontecer trimestralmente, a partir do corrente ano.

Com o objetivo de seguir tais deliberações, o conselho reuniu-se em 11 de maio de 2000, para discussão e aprovação das contas do primeiro trimestre de 2000. Em 17 de agosto de 2000, o CMS agendou uma outra reunião para apresentação e aprovação da prestação de contas do segundo trimestre de 2000, todavia tal reunião não veio a ocorrer por falta de quorum. A partir de então, o conselho, no restante do ano 2000, não discutiu mais as prestações de contas do segundo, terceiro e quarto trimestre de 2000, sendo essas contas, em conjunto, aprovadas somente em 26 de abril de 2001. Nesta reunião houve o registro do questionamento de um conselheiro, representante dos usuários, quanto à aplicação dos recursos alocados para a reforma do Centro de Saúde, sendo que a prestação de contas do período foi aprovada com o único voto contrário, o do questionador.

No ano de 2001, o conselho buscou atender as deliberações que normalizam a prestação trimestral de contas. No entanto, não conseguiu realizar as prestações dos quatro trimestres nos períodos devidos. As contas do primeiro trimestre foram discutidas e aprovadas em 31 de maio de 2001 e as do segundo em 14 de setembro do mesmo ano. Já as contas da segunda metade do ano não foram aprovadas de forma trimestral, sendo feita a prestação de todo o segundo semestre em 29 de janeiro de 2002. Vale ressaltar que o livro de atas apenas descreve que as prestações de contas foram apresentadas e aprovadas, sem fazer qualquer referência a discussões ou questionamentos sobre as mesmas.

Também, com relação às contas de 2002, observou-se uma situação parecida, as contas do primeiro trimestre desse ano foram aprovadas em 27 de abril de 2002, as do segundo e terceiro trimestre em 11 de outubro, e as do quarto trimestre em 05 de maio de 2003. No entanto, as deliberações do conselho nesse período apresentam uma situação contraditória, o Relatório de Gestão da SMS para o ano de 2002, que deveria conter toda a prestação de contas do ano, foi aprovado em reunião ocorrida em 21 de março de 2002. Assim, como o conselho poderia aprovar o Relatório de Gestão em março e só em maio aprovar as contas do último trimestre do referido ano? Essa é uma contradição explícita que evidencia um não acompanhamento criterioso das contas da secretaria de saúde e um não exercício do Controle Social, no que diz respeito aos aspectos econômicos e financeiros.

A prestação de contas do ano de 2003 também se deu de forma indevida e com uma séria irregularidade, isto é, as contas do primeiro e segundo trimestre não foram, em nenhuma ocasião, discutidas ou aprovadas pelo CMS. Em nenhuma das reuniões do ano de 2003 foi apresentada ou discutida as contas de qualquer trimestre, sendo que em 07 de abril de 2004 foi convocada reunião para a prestação de contas do ano de 2003, reunião que não aconteceu por falta de quorum. Em 13 de abril do mesmo ano foi realizada reunião para aprovação das contas do terceiro e quarto trimestre de 2003, sendo que em nenhuma reunião anterior houvesse aprovação das contas do primeiro e segundo trimestre.

Nessa reunião houve um questionamento por parte de um conselheiro, representante dos usuários, da existência nos recibos apresentados, de locação para a SMS, pelo período de um mês, de um carro tipo *pick up*, que nunca prestou serviços para o município. Tal questionamento não foi esclarecido pela secretária de saúde, a mesma informou que iria solicitar maiores informações ao setor contábil da prefeitura e prestaria os devidos esclarecimentos posteriormente. No entanto, as contas desse período foram aprovadas pelos conselheiros na mesma reunião.

Com relação ao ano de 2004, em nenhuma das cinco reuniões acontecidas nesse ano relata-se qualquer apresentação ou discussão das contas do período. A última reunião do CMS registrada no livro de atas aconteceu em 10 de junho de 2004, a coleta de dados dessa pesquisa findou-se em janeiro de 2005 e até essa data as contas referentes aos quatro trimestres de 2004 não haviam sido apresentadas, discutidas ou aprovadas no conselho.

Após análise referente a gestão financeira e prestação de contas de todas as atas do conselho, pode-se concluir que o CMS de Lafayette Coutinho não exercia, de forma efetiva, uma atitude fiscalizadora, e de acompanhamento e controle dos recursos destinados a saúde do município. Tal assertiva fundamenta-se no fato do conselho não exigir da SMS uma prestação de contas regular, conforme suas próprias deliberações. Também pela superficialidade como aconteciam as prestações de contas, com uma apresentação dos balancetes de forma rápida e sucinta pelo representante do gestor, que logo eram referendadas pelo conselho. E ainda, em alguns momentos, mesmo diante de comprovação de irregularidades por alguns conselheiros, as contas não deixaram de ser aprovadas.

3.4. O que dizem os atores

3.4.1. Participação

A compreensão do que cada ator entrevistado entende por participação foi o objetivo primeiro em todas as entrevistas, sejam elas as dos usuários ou a dos prestadores. A pergunta de partida em todas as entrevistas foi “o que o sr^(a) entende por participação e qual a importância que o sr^(a) atribui a participação para a gestão do SUS?”

As razões principais para iniciar as entrevistas com esse questionamento, foram, primeiro, permitir uma introdução ao assunto de forma ampla e geral, sem entrar diretamente nas questões locais, o que poderia causar um certo constrangimento e resistência no entrevistado. E, em segundo lugar, permitir uma reflexão acerca da representação que o entrevistado tenha construído sobre participação, permitindo, a partir daí, um reflexo da melhor maneira da condução da entrevista.

De acordo com a análise do discurso dos sujeitos, não houve, entre usuários e prestadores, amplas diferenças conceituais e ideológicas sobre a compreensão do termo participação. Emanaram da análise algumas subcategorias relacionadas à participação, discutidas a seguir.

Importância da Participação

Dentre os oito conselheiros de saúde entrevistados, dois deles dominaram com propriedade a discussão em torno da importância da participação. Um deles, o entrevistado LC04, atribui a importância da participação para as ações de vigilância e controle, sendo destacado por ele a necessidade de participar para um melhor controle de como as coisas são feitas. No entanto, um outro aspecto chama a atenção no discurso desse sujeito ao tratar da participação, ele afirma que é necessário fazer parte da base, isto é, a necessidade de estar envolvido com os pares que o designaram para ser conselheiro. Fazer parte, envolver-se, comungar das aspirações e anseios dos que estão na base:

A participação da população é de suma importância, por que? Para que se tenha esse controle, você tem que tá fazendo parte, você tem que fazer parte da base. Você também tem que ser um, digamos assim, um controlador, você tem que ser um vigilante também das coisas, vigilante da forma que as coisas tão sendo feitas. (LC04)

O entrevistado LC07 refere-se à participação na área de saúde como consequência de um amadurecimento da democracia. Alude ao processo participatório em saúde como forma de acesso ao poder pelas camadas populares, e que, a partir do funcionamento dos conselhos, a população pode opinar no processo decisório das ações de saúde.

Vejo que é um avanço muito grande da democracia brasileira, embora precise melhorar, de alguma forma é o povo no poder. É o povo tendo o direito de poder sugerir, de manifestar os seus anseios em defesa de outras pessoas. E creio que no Brasil, nesse particular, no que diz respeito a participação dos conselhos, é um avanço da nossa democracia, embora a gente saiba que existe manobras, que eu acredito que serão corrigidas no futuro. Creio que isso é muito importante, essa abertura que houve, de que os conselheiros das entidades comunitárias poder tá participando de um projeto, de elaborarem um projeto, de avaliar, de fiscalizar... é uma oportunidade, eu vejo assim. (LC07)

Cabe destacar que a fala desses dois sujeitos, embora abordando dimensões diferentes da participação, um tratando da participação como vigilância e controle e o outro como avanço do processo democrático, trazem um ponto de interseção. Isto é, o destaque da importância da participação para a gestão da saúde, e a possibilidade de uma maior fiscalização das ações a serem implementadas.

Participação para a melhoria da assistência a saúde

Essa subcategoria aglutina os discursos referentes à participação como instrumento para melhoria da assistência a saúde. Nesse sentido, a participação tem uma finalidade claramente definida e é utilizada como atividade-meio para se atingir o objetivo final que é a melhoria do sistema de saúde, e em especial das ações assistenciais.

Pode-se observar nos discursos abaixo o quase estabelecimento de uma relação de causa e efeito, entre o processo participativo e a melhoria da assistência. Onde a simples presença do fator participação seria suficiente para desenlace do efeito melhoria da assistência.

Porque com esse Controle Social, com essa participação, as pessoas definem melhor aquilo que é melhor pra sua comunidade, né?! Em relação à saúde, eles decidem qual o tipo de atendimento que eles gostariam de ter, qual o tipo de serviço vai ser prestado à comunidade e como deve ser prestado, não mais como acontecia, de cima pra baixo, né?! Hoje vai da comunidade até o Ministério, ou seja, de baixo pra cima, a própria comunidade hoje, define o que é melhor pra eles. (LC01)

Essa participação pode influenciar no funcionamento do conselho e na melhoria das ações de saúde, pode, tranquilo que pode. (LC07)

Então a participação da população é de suma importância justamente por isso, porque o dinheiro vai ser empregado justamente onde deve e de maneira, digamos assim, legal, de maneira suave, onde realmente vai haver resultado. (LC04)

Isso traz grande prejuízo porque o conselheiro ele tem que tá sempre nas reuniões buscando e trazendo pra reunião, pra que os “problemas” da saúde, “seje” resolvido na reunião, né?! (LC05)

Eu acredito que o Controle Social veio como uma forma de tá levando a comunidade a entender a importância de participar realmente de todo um processo de construção do SUS, que é o que a gente tem pretensão de tá, a cada dia que passa, melhorando a situação de saúde da comunidade. (...) Por que nada melhor do que quem vive, quem usa o serviço, para tá participando da necessidade e tá mostrando toda uma mudança que pode acontecer desde a uma construção de uma nova unidade ou de um sistema de saúde voltado para prevenção. E é dentro dos conselhos que todos esses projetos, que essas propostas podem ser formadas e a população só tende a ter benefícios com o conselho de saúde. (LC08)

Um dos discursos destaca-se dos demais ao tratar da questão da participação e da melhoria da assistência, condicionando a participação como questão necessária e obrigatória para o desenvolvimento de uma assistência de melhor qualidade.

Isso é claro, que se a gente deixar de participar, então a gente não vai ter melhora. (LC06)

Os discursos citados, em especial o último, evidenciam uma espécie de fetiche dos atores sociais em torno da participação como panacéia para resolução dos problemas de saúde. Nenhum dos discursos tratou da questão da qualidade da participação, do compromisso social dos que participam, ou dos recursos necessários para se fazer cumprir as deliberações do conselho de saúde. Parece bastar a existência de um processo participativo, independente da posição dos que participam e das relações estabelecidas, para se obter ações positivas na assistência a saúde local.

Participação dos Usuários

Após a discussão em torno da participação, todos os entrevistados foram unânimes em relatar a pouca importância que a comunidade local dispensa à participação. Alguns deles com mais ênfase, como por exemplo o entrevistado LC01, que tratou dessa questão em vários momentos da entrevista, e atribuiu o pouco interesse da comunidade pela participação, como causa da maioria dos problemas de saúde do município.

É, a gente já percebe que mesmo tendo sido liberado para que a comunidade decida, essa iniciativa de que a comunidade decida o que é melhor pra eles, mas a própria comunidade não absorveu ainda a importância deles nesse controle. (...) Eles ainda têm restrições de não dá o devido valor como pessoa, né?! De se auto valorizar. É insuficiente, eles ainda não têm assim, não despertaram, não teve o despertar ainda, qual é realmente a importância do seu papel no conselho. Mesmo os próprios conselheiros e também a comunidade que não sabe aproveitar esse espaço. (LC01)

Sim, a participação beneficiaria a todo o município, mas é isso que eu tô lhe falando que a própria comunidade ainda, não teve o despertar da importância deles junto a esses conselhos. Eu não digo só no conselho de saúde, no Controle Social de saúde, mas educação, ação social... Eles não tem assim, aquele interesse. LC01)

Mas a gente percebe que a população em si, ainda não teve esse despertar. São poucas, é insignificante o número de pessoas que realmente tem interesse em ver a comunidade crescer, de ver o sistema melhorar, de atuar junto, de dar sua parcela. (...) a gente sente que a própria comunidade em si, não tem esse interesse de tá participando, tanto os conselheiros como os não conselheiros. (LC01)

É por isso que eu falo com você, com relação ao usuário dele não ter assim... despertado ainda pra importância deles junto ao processo de administração, de mudança. (LC01)

E esse despertar poderia trazer bastante benefícios para o conselho, porque se a comunidade participa, a comunidade tá todo mundo junto, pra tá ali, independente de que esteja tendo um representante de sua entidade ou não. (LC01)

Um outro aspecto que se destaca na fala dos conselheiros é que a participação deveria ser de toda a comunidade e não só do conselheiro de saúde. Alguns discursos, inclusive, destacam a pouca presença de membros da comunidade, não conselheiros, nas reuniões do conselho. Advertindo que esses deveriam participar das reuniões, e mesmo sem o direito a voto, os seus discursos poderiam trazer grandes contribuições para a saúde do município.

As vezes a gente tem dificuldade ainda com algumas pessoas atuarem no conselho, até a própria comunidade que não é conselheira, que não tá no quadro do conselho, mas que tem direito a voz no conselho, eles não atuam. (LC01)

Mas se a comunidade tá ali atuando, porque a comunidade no conselho tem direito a voz, né?! Ele pode falar, ele pode questionar, ele pode cobrar e não ficar só esperando que o conselheiro faça isso. (LC01)

A comunidade poderia despertar mais, porque em varias ocasiões ela deveria tá ali. Quer dizer quem tinha voz e vez de votar era o conselho, mas a comunidade deveria participar também das reuniões, pra ver a participação do conselho em suas decisões, né?! E isso não acontecia, a comunidade participar, convidava mas não ia, não queriam debater. (LC02)

Despertar a comunidade de que a presença deles também é de valia, é de grande valia no dia de uma reunião do conselho, pra ver as decisões, né?! Que muitas vezes eles dão a opinião, mesmo que eles não votem, mas uma opinião que a comunidade possa dar vai valer. O conselho pode acatar e ser levado a voto pra ver se aceita. (LC02)

(...) infelizmente, a minha comunidade, amo esse lugar, mas as pessoas é... as pessoas não se interessam tanto pelas coisas daqui, chega na reunião trinta minutos já querem sair, infelizmente é dessa forma. (LC04)

Outros conselheiros buscam explicação para o desinteresse da população pela participação. Em dois discursos observa-se claramente a tentativa de se buscar os fatores causais para a pouca importância atribuída à participação.

As pessoas ficam meio indiferentes às coisas que acontecem, mas ao reclamar de alguma coisa, reclamam na rua, ao invés de procurar as pessoas da saúde pra discutir isso no conselho. (...) Não sei, não sei assim ao certo porque as pessoas não dão a devida importância pra existência do conselho, provavelmente indiferença, provavelmente indiferença. Que acha melhor ficar falando, criticando as coisas na rua, a procurar o conselho. (LC02)

A dificuldade maior era o pessoal de zona rural, das associações, por não ter um nível de escolaridade, por não entender ainda como é que se, como seria o processo realmente de mudança, de participação da população mesmo. (LC08)

Nessas duas falas observa-se a tentativa de se atribuir a uma só causa, o fato da população não ter despertado para a importância da participação. Observa-se no

primeiro recorte, do entrevistado LC02, a atribuição da pouca participação da comunidade ao fator indiferença. E que esta indiferença em participar do conselho levaria as pessoas a realizarem protestos e reclamações em locais indevidos, incapazes de reverter a situação de saúde que se protesta. No caso do entrevistado LC08 pode-se observar uma tentativa de responsabilização do desinteresse da participação às comunidades rurais. Em que essas comunidades, por não possuírem um nível educacional adequado, por não terem capacidade de compreender a participação como instrumento de mudança, seriam o obstáculo para a implementação do processo participatório desejado.

3.4.2. Funcionamento do Conselho

Com relação ao funcionamento do conselho parece existir uma clara distinção entre dois períodos de atuação desse. Um primeiro momento em que a presidente do CMS e secretária municipal de saúde era uma enfermeira, o entrevistado LC08, e um outro momento em que a presidente do conselho e secretária de saúde era a esposa do prefeito, que também era secretária de bem-estar social. Acumulação de cargos e funções não era aceita pela comunidade local.

Nesse primeiro momento, compreendido entre julho de 1998 e novembro de 2002, o conselho parece ter funcionado de maneira mais efetiva, com frequência regular das reuniões, e com um maior incentivo à participação da comunidade. Os discursos da ex-secretária de saúde e de dois representantes dos usuários, que se colocam claramente contra a administração então vigente, evidenciam essa situação.

Teve um período difícil de organização e de sensibilização, mas depois conseguimos. O conselho funcionava a contento, porque nós tínhamos às reuniões, o cronograma de reunião mensal, nós tínhamos prestação de contas, todo e qualquer projeto ou qualquer necessidade nós passávamos, nós tínhamos a pauta daquela reunião, nós avisávamos com antecedência, divulgávamos através da comunidade, dos conselheiros, da rádio local, dos próprios agentes comunitários, então nós tínhamos o cuidado de mandar por escrito a cópia da pauta e a data, e todos os conselheiros tinham o cronograma também de reunião. (LC08)

Anteriormente tinha uma enfermeira, que era secretária de saúde e que era presidente do conselho. Na época teve a escolha dessa presidente, dessa presidente primeira teve, de R. teve. Isso, quando a secretária de saúde era a enfermeira. o conselho a elegeu presidente do conselho. Já em relação a primeira dama, quando

ela assumiu a presidência aí, ficou como presidente, não... não houve uma eleição, não foi feito uma eleição. (LC04)

Então a secretária de saúde quando passou, antes era uma senhora de Jequié, aí passou a ser a esposa do prefeito, aí logo dividiu, por que nas reuniões do conselho com a outra secretária o médico participava, as vezes sugeria, e quando passou a ser a esposa do prefeito ela não aceitou mais essa participação então na segunda reunião o médico arrumou as malas e foi embora. (LC07)

...a outra secretária, ela sempre promovia, ela sempre buscava essas... digamos procurando trazer conhecimento aos conselheiros, né?! Houve um dia uma palestra? Houve, mas de uns três anos e meio pra cá, quatro, mais nada foi feito.(LC07)

Em muitos momentos desta primeira fase de atuação do conselho, evidencia-se uma série de irregularidades. Mas é na segunda fase, de dezembro de 2002 a dezembro de 2004, que pode ser comprovado um número maior de irregularidades. No entanto, os aspectos referentes ao funcionamento do conselho são tratados a seguir, de acordo com as suas subcategorias, e serão analisados independentes da questão temporal.

O Papel do Conselho

A Lei 8142/90 e a Resolução 333/03 do Conselho Nacional de Saúde trazem muito bem definido e delimitado qual deve ser o papel dos conselhos de saúde. Segundo esses marcos legais, o conselho deve atuar na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde em cada esfera de governo, atuando inclusive nos aspectos econômicos e financeiros.

Tal arcabouço legal atribui aos conselhos de saúde grande responsabilidade no que tange a situação de saúde da esfera correspondente. Ao se tratar do Conselho Municipal de Saúde, objeto dessa investigação, ao mesmo é atribuído o papel de definir quais as políticas que devem ser implementadas em seu território e também fiscalizar a implementação dessas. No entanto, em virtude das, tão mais próximas quanto mais complexas, relações de poder que se desenvolvem em nível local, parece que o exercício desse poder designado ao conselho é impedido de ocorrer plenamente, pois interesses político-econômicos locais, de pequenos grupos oligárquicos, em mistura com personalismos, sobretudo eleitorais, impedem o conselho de atuar plenamente no desempenho de seu papel.

No caso do Conselho Municipal de Saúde de Lafayette Coutinho, dos oito atores entrevistados, poucos se referem a qual deve ser o verdadeiro papel a ser desempenhado pelo conselho. A maioria dos discursos dos conselheiros deteve-se

em descrever a importância do conselho, muitas vezes de modo abstrato, com um valor ideológico, ou em tecer críticas ou elogios, seja à atuação do conselho, seja à administração municipal. No entanto, uma das falas demarca claramente qual a responsabilidade do conselho sobre a saúde do município:

O papel do conselho é esse decidir pela política de saúde a ser implementada no município, mas aqui não funciona desse jeito. (LC04)

A fala desse ator demonstra a sintonia existente entre a compreensão de qual deve ser o papel do conselho e o que é preconizado pela legislação vigente. Pode-se comprovar no recorte desse discurso, que, este representante de usuário, tem muito claramente definido qual a responsabilidade do conselho e sua própria responsabilidade frente à saúde municipal. No entanto, pode-se desvelar também, o sentimento de limitação e frustração, com requintes de revolta, ao saber do tamanho que é a responsabilidade do conselho e a impossibilidade de exercer a função a ele atribuída, em virtude de questões e limitações localmente impostas.

Embora este seja o discurso de apenas um dos atores, tal expressão se reveste de profunda importância, ao diagnosticar uma situação de limitação da atuação conselho frente a suas responsabilidades, e de expressar um sentimento, quiçá coletivo, de limitação e frustração.

Prevalência de Conselheiros nas Reuniões

A questão da frequência dos conselheiros nas reuniões foi tratada no item 3.2.4 desse capítulo, onde é feita uma análise quantitativa da frequência dos conselheiros, sendo comprovada uma maior presença dos representantes dos prestadores. Neste momento, impõe-se compreender a dinâmica do fenômeno, expressa nos discursos do atores, reveladora de subjetividade.

Dos oito conselheiros entrevistados, cinco tratam dessa questão. Sendo que dois deles, representantes dos prestadores, relatam não perceber qualquer desequilíbrio entre a presença de usuários e prestadores.

Tinha assim... prestadores e usuários, não sei assim definir não, mais prestadores ou mais usuários. (LC02)

(...) Os usuários participavam bem, mas faltava alguma representação também. Tinha mais usuário... compatível, era compatível, usuários e prestadores. Não tinha mais a presença de um segmento, não. (LC03).

No entanto, os outros três sujeitos que abordam essa questão, relatam perceber uma menor participação por parte dos usuários:

A gente tem percebido que nas reuniões a participação maior era dos prestadores. (...) Os prestadores são mais atuantes. (LC01)

É, dos usuários, dos usuários, houve uma menor participação por parte dos usuários por conta da questão política. (LC06)

Os usuários, os usuários se mostravam mais desinteressados em participar, com certeza. (LC08)

Esses discursos se coadunam com as comprovações feitas na análise quantitativa da frequência dos conselheiros. Uma questão que chama a atenção nas entrevistas é o fato de que essa percepção de uma maior participação pelos prestadores, se dá, em sua maioria, por representantes dos usuários. Dos três entrevistados que relatam tal diferença nas presenças, dois deles são representantes dos usuários, entrevistados LC01 e LC08. Tal situação desvela uma compreensão por parte de alguns conselheiros, e especialmente dos usuários, de um menor interesse das representações populares no processo participatório ou de uma maior dificuldade em participar.

Também merece destaque a relação de causalidade descrita pelo entrevistado LC06, quando relaciona uma maior ausência dos conselheiros usuários às questões políticas locais. Essa assertiva demonstra a perniciosa interferência dos processos políticos locais no desenvolvimento das atividades do conselho, inclusive da determinação da maior ou menor presença de conselheiros, fato esse que é abordado mais adiante nesse mesmo capítulo.

Frequência e Convocatória das Reuniões

Com relação a frequência com que aconteciam as reuniões, os discursos dos conselheiros desvelam uma situação contraditória e evidente de irregularidades quanto ao funcionamento do conselho, desrespeito ao Regimento Interno e limitações nas redações das atas. O Regimento Interno do CMS de Lafayette Coutinho traz em seu Cap V, Art 12º, que “o CMS deve reunir-se ordinariamente uma vez por mês e extraordinariamente por convocação do presidente ou por

requerimento assinado por dois terços de seus membros efetivos”. No entanto, parece ter havido uma espécie de acordo tácito entre os conselheiros, não registrado em nenhuma das atas analisadas, de alteração da frequência das reuniões ordinárias para trimestral.

O conhecimento dessa situação é percebido na fala de todos os conselheiros, sejam eles representantes dos prestadores ou dos usuários, favoráveis ou opositores dessa situação. Todos são unânimes em reconhecer a situação estabelecida.

As reuniões, de acordo o regimento, elas são trimestrais. Pelo regimento. Mas acontece que se tiver necessidade de uma reunião extraordinária, tem a convocação. (LC01)

As reuniões eram trimestrais. Bom, o primeiro calendário foi feito... acho que em dois mil e dois, a reunião era pra ser mensal, como não estava tendo assim... aquela necessidade de decidir algumas coisas, não estava tendo problema, as pessoas não procuravam (...) Aí ficou decidido depois, em reuniões posteriores que trimestralmente seria mais indicado. (LC02)

Quer dizer, uma vez que a reunião era trimestral... Era, foi se colocado em votação para que se fizesse mensalmente, acharam que tava ruim. A não, mais é muita reunião, vai saturar, (...) aí vai acarretar muito, vai ficar uma coisa muito concentrada, então é bom trimestral. (LC04)

De três em três, mais ou menos era assim três em três meses, três em três, depois teve uma mudança que agora não me lembro como foi. (LC05)

Que aí as reuniões que era de trinta dias, aí ficaram pra seis meses, pra quatro meses, entendeu? Ficaram marcando assim, um dia ou outro é que marcavam. Não era mais constante como era antes, que antes era todo dia tal do mês, não me lembro a data, mas tinha, era agendado. O conselho de saúde se reunir tal data do mês, todo mês. (LC06)

Essa situação além de expressar o desrespeito ao Regimento Interno do conselho, também revela algumas situações de distorção, por parte de alguns conselheiros, quanto ao conhecimento do regimento e ao entendimento do papel do conselho. Essas situações podem ser comprovadas na fala do entrevistado LC01, quando afirma que segundo o regimento as reuniões devem ser trimestrais. Ou no discurso do entrevistado LC02, quando afirma que a frequência das reuniões foi alterada em virtude do conselho não ter assuntos pra discutir, ou a saúde do município não apresentar problemas que exigisse a necessidade de reuniões mensais do conselho.

No entanto, com relação à mudança da frequência das reuniões, os discursos de dois conselheiros, ambos representantes dos prestadores, apresentam

contradições quanto ao motivo da alteração. Enquanto um afirma que o motivo principal foi a falta de assuntos a serem tratadas no conselho, o outro afirma que foi em consequência da escassa presença dos conselheiros nas reuniões.

Não tinha o que discutir mensalmente, se tivesse, convocava imediatamente a reunião extraordinária. Não, os conselheiros não se manifestavam, pra ter reunião extraordinária, não. Os problemas de saúde só eram discutidos mesmo na reunião é trimestral. (LC02)

De início tinha, foi decidido que seria mensal, depois quando convidado nem todos participavam, depois passou a ser trimestral, né?! (LC04)

Ainda é destacado, em dois discursos, a dificuldade de transporte da zona rural para a sede como o impedimento dos conselheiros residentes nessas áreas. Isso desencadearia na ausência de muitos conselheiros, contribuindo para impossibilidade da realização de algumas reuniões devido da falta de quorum.

(...) por que o transporte aqui é difícil. Da zona rural pra sede é difícil, (...) então muitas vezes faltava participação também por esse detalhe. (LC04)

Algumas vezes não teve reunião por falta de quorum. (...) muitas vezes não teve pela dificuldade de deslocamento da zona rural, nós tínhamos dificuldade, inclusive eu solicitava da própria prefeitura que disponibilizasse um carro pra buscar, pra levar, pra que não viesse a faltar ninguém. (LC08)

Com relação a processo de convocação das reuniões, os discursos aqui, também evidenciam uma contradição entre a posição dos conselheiros. Enquanto alguns destacam a maneira como se dava o processo de convocação, relatando o envio de ofício para titulares e suplentes ou descrevendo a insistência da secretaria ao convocar os conselheiros, conforme se observa dos discursos a seguir:

(...) faz-se a convocação via ofício e todos os ofícios são encaminhados tanto ao titular como ao suplente, que geralmente nos conselhos, acontecia de só mandar para o titular, mas no conselho de saúde agente faz ofício tanto para o titular como para o suplente. (LC01)

(...) na reunião fazia as convocações, que era feita por ofício, quando era extraordinária a gente encaminhava os ofícios. Fazia também por telefone, porque as vezes tinha algumas coisas que tinham que ser extraordinária (...) Muitas pessoas não compareciam, dava uma desculpa, mas a maioria assim, a gente insistia bastante. (LC02)

Outros, especialmente representantes dos usuários, manifestam seu descontentamento quanto ao tempo de convocação, que segundo eles, se dava em um intervalo de tempo bastante diminuto.

Muito curto o tempo da convocação, talvez até “iantes” de vinte e quatro horas. Eu acho que isso é uma coisa, que se eu tenho um compromisso marcado na minha agenda, eu não ia poder atender por que eu já tinha um compromisso, né?! (...) “Incrusive” eu mesmo já “faiei” por contra disso, de última hora, as vezes até em prestação de conta, eu ia tava indo almoçar, ah! vai ser agora duas horas, eu não tenho condição. Eu sempre “recramei” disso pra melhorar, por que pra gente ter a participação mais maciça né?! (LC06)

(...) as vezes mandava ofício pra gente, as vezes até em cima da hora, como eu sempre “recramei” isso, que não podia ser dessa forma, mais reunia. (LC06)

As vezes as reuniões eram de última hora, que eu acho que uma reunião onde tem entidade da zona rural participando, no mínimo, no mínimo, o ofício tem que chegar lá oito dias antes, no mínimo. (LC04)

Mesmo diante de discursos contrários, a análise do processo de convocação, evidencia a existência de uma prática de convocação das reuniões em espaço de tempo insuficiente ao que determina o Parágrafo Terceiro, Art. 12º, do Regimento Interno do conselho. Esse parágrafo determina que o prazo de expedição da convocatória deve ser de cinco dias úteis, devendo a entrega ser por meio de correspondência protocolada. Essa prática parece existir apenas na convocatória das reuniões extraordinárias e depõem contra os princípios necessários para o bom funcionamento do conselho.

Participação dos Conselheiros nas Reuniões

Essa subcategoria diz respeito ao processo participativo nas reuniões do conselho, ou seja, como se dava o desenrolar da reunião frente aos assuntos a serem tratados no conselho. Se esses eram amplamente discutidos antes da deliberação final, ou se os assuntos eram apenas apresentados e logo em seguida aprovados pela plenária.

A forma como aconteciam as reuniões do conselho, se participativas ou não, foi objeto de contradição observado em dois discursos. O entrevistado LC01 afirmou que as reuniões tinham caráter participativo e que, inclusive, alguns projetos eram discutidos com toda a comunidade:

Era sim, as reuniões eram participativas. Tinha questionamentos, né?! Se esclarecia as dúvidas. Se fosse o caso assim, de abrir um projeto, tem um projeto urgente,

reunião extraordinária, necessitava do conselho. Então era trazido aquele projeto, estudado junto com a comunidade, esclarecido pra eles o que era, qual a finalidade daquele projeto e tudo, e sempre tinha uma pauta de reunião e era discutido o que tava na pauta. (LC01)

Já o entrevistado LC02, se opõe a essa versão participativa das reuniões do conselho, atestando a pouca participação dos conselheiros nas reuniões, inclusive afirma que uma parcela dessas participações eram devidas ao protesto e queixas referentes a assistência a saúde.

Poucos deles acrescentavam mais alguma coisa pra ser discutido, o pessoal participava muito pouco, algumas se queixavam assim de problemas da saúde, a gente discutia na hora da reunião, mas não tinha aquela... questionar a pasta de prestação de contas, questionavam bem pouco sobre a prestação de contas, mesmo a prestação de contas estando a disposição na secretaria. (LC02)

Vale ainda destacar que as visões opostas em relação à participação no conselho se dão entre um usuário, entrevistado LC01, e um prestador, entrevistado LC02. Levantando a possibilidade de que talvez o que seja entendido como participativo para o usuário não o seja para o prestador.

No entanto, dois outros discursos desvelam práticas do gestor local que inibiam o processo participativo e muitas vezes desestimulavam os usuários em participar.

As vezes, as vezes a diretoria do próprio conselho já chegava com o pacote feito, chegava com o pacote feito, né?! Como uma série de coisas que acontecem na Bahia já vem de pacote feito, você tem só que cumprir. Quer dizer, você não vai poder escolher. (LC04)

No meu caso não, eu até deixei de participar pra evitar de desgaste maior, de um atrito, eu até na maioria das vezes eu deixei de participar, porque algumas vezes a ata já tava pronta. Então, com a ata praticamente já pronta, já com tudo bonitinho já, né?! Então era, não era no conselho que ele funcionava na presença dos conselheiros, é numa dimensão digamos dentro do gabinete, com a secretária de saúde que era a própria esposa do prefeito, né?! (LC07)

Pode-se observar nos dois discursos a expressão da impossibilidade de participação, isso em virtude da Secretaria levar determinados assuntos ao conselho, só com o objetivo que este os referendasse. Como revelado no discurso do entrevistado LC07, o desrespeito às possibilidades de participação dos usuários era tão grande, que o conselho já iniciava sua reunião com a ata pronta, sem qualquer possibilidade de encaminhamento contrário àquele decidido pela

Secretaria. E isso desencadeou o sentimento de desinteresse nesse usuário, que decidiu por afastar-se das atividades do conselho.

Policonselheiros¹²

Uma questão apontada por alguns conselheiros, com capacidade de influenciar no funcionamento do conselho, é o fato do interesse pela participação estar restrita a poucos cidadãos.

O modelo de gestão adotado no país, a partir da Constituição de 1988, com forte ênfase na descentralização e na democratização, preconiza a criação de conselhos, em vários setores, tais como saúde, educação e bem-estar social, no três níveis de governo, municipal, estadual e federal. Mas o processo de formação dos conselhos parece ter desencadeado uma particularidade, inerente aos municípios pequenos, que é o fato de muitos conselhos serem formados basicamente pelos mesmos cidadãos. Os pequenos municípios têm população pequena, da qual poucas pessoas, com maior escolaridade ou maior consciência do próprio protagonismo político, assumem o desafio de participar.

O discurso de dois conselheiros pode atestar essa situação:

(...) poderia ser feito assim a convocação de pessoas que tivesse mais disponibilidade de participar das reuniões, que as vezes o conselheiro de saúde é conselheiro do bem-estar social, é conselheiro da merenda... aí sempre tá tendo reuniões. (...) Tem pessoas que acumulam muitas funções, alguns reclamavam. Ah! tenho reunião, sair de uma reunião agora do conselho da merenda, sair de uma reunião do conselho do bem-estar, sair de uma reunião... vai ter reunião do conselho de saúde, e eu tenho tanta coisa pra fazer. Muitos alegavam isso. (LC01)

(...) Porque as mesmas pessoas que participam do conselho de saúde, participa do FazCidadão, participa do Fórum dos Usuários da Água, participa de uma série de coisa. (LC04)

Então o que a gente, o que nos deixa também um pouco, de uma certa forma triste no caminhar de tudo isso, é que infelizmente acabava nas mãos das mesmas pessoas, é por isso que justamente eu volto a dizer aquilo, as mesmas pessoas que faz parte do conselho de saúde, faz parte do Fórum dos Usuários da Água, faz parte do FazCidadão e assim sucessivamente. Porque são os únicos que querem compromisso, que querem ver a coisa fluir, querem ver melhor. (LC04)

Essa situação, de poucos cidadãos participando, praticamente, de todos os conselhos do município, coloca duas questões que precisam ser debatidas e enfrentadas pela sociedade: Quais os motivos que levam ao desinteresse de

¹² Neologismo utilizado nessa dissertação para se referir aos cidadãos que participavam de vários conselhos.

grandes parcelas da população sobre a questão da participação? Quais as estratégias necessárias e adequadas para despertar um maior interesse da população pela participação? Essas são questões essenciais que precisam ser encaradas e buscadas suas soluções, a fim de que se possa potencializar os fóruns participativos, não só da área de saúde, mais nos diversos setores da sociedade.

3.4.3. Prestação de Contas e Denúncias de Irregularidades Financeiras

É atribuição do conselho de saúde, segundo a Lei 8142/90 e a Resolução 333/03 do Conselho Nacional de Saúde, acompanhar e fiscalizar o desempenho das atividades financeiras referentes ao setor saúde do município, sendo obrigado que as contas da SMS sejam apreciadas e aprovadas pelo conselho. No entanto, o processo de prestação de contas da SMS de Lafayette Coutinho, segundo os discursos dos conselheiros, se dava de forma atropelada e indevida, com o objetivo apenas de cumprir as determinações legais, e com práticas desenvolvidas pela SMS que impediam a correta e devida fiscalização.

Os discursos dos entrevistados LC04, LC06 e LC07, todos representantes dos usuários, revelam a estratégia adotada pela secretaria para aprovação das contas sem a devida apreciação por parte dos conselheiros. Isso era obtido com a apresentação das contas no instante de sua aprovação, o que impedia uma avaliação mais acurada das mesmas, como revela os recortes dos discursos a seguir:

De forma nenhuma, a fiscalização não acontecia mesmo. Justamente, chegava com uma pasta já lá, com tudo no papel ofício. (LC04)

Tal dia eles fazia, levava a pasta pro conselho, a gente não tinha acesso, os conselheiros. Aí eles traziam as propostas e apresentavam no conselho, só pra gente ver, entendeu? Eles traziam na hora da aprovação, não era debatido com o tempo adequado. Tal dia prestação de contas, e aí chegava na hora, passava a pasta pra gente ler, tudo, tava tudo certinho, entendeu? Gastou tanto com isso, tanto com aquilo. Mas antes a gente não sabia como era na realidade. (LC06)

Para uma maior transparência no processo de prestação de contas e um efetivo acompanhamento das finanças do município, as contas deveriam ser colocadas à disposição dos conselheiros dias antes de sua aprovação, para que os

mesmos pudessem apreciá-las e esclarecer as possíveis dúvidas em tempo hábil. Tal solução é proposta pelo entrevistado LC06 quando afirma:

Mas você sabe aquela história, tem essas pessoas, como eu disse, que não tem bem conhecimento então quando chega na hora, aprovou, aprovou, vocês aprova? Todo mundo aprova. Fez a leitura, todo mundo aprova? Todo mundo aprova. (LC06)

É como a gente sabe, a prestação de contas ela é feita antes e apresentada depois, que tivesse uma participação maciça né?! É que antes, “vamo” dizer, fez a prestação de contas, antes de apresentar aos conselheiros, tivesse assim um prazo, isso a discutir, de dois dias, cinco dias, oito dias... ó a prestação de contas se vocês quiserem ver, se vocês quiserem fazer... da uma olhadinha, da uma olhadinha na prestação de contas, tá lá em tal lugar, no posto, aonde for, entendeu? (...) Eu vejo que é uma maneira assim, bem mais assim pra você se sentir seguro do trabalho que tá sendo feito e você também até se inteira mais como é feito uma prestação de contas. (LC06)

Além da forma como se dava o processo de prestação de contas, um outro ponto a ser destacado na gestão financeira do município foi a ocorrência de denúncias de irregularidades envolvendo recursos da saúde, feitas por dois conselheiros. A primeira denúncia trata de um recibo de aluguel de um automóvel à SMS, que, segundo o conselheiro denunciante, nunca ocorreu. A segunda, trata de recibo de reforma do centro de saúde do município, que, segundo o denunciante, no dia de sua apresentação nenhuma obra havia sido iniciada. Por fim, a última denúncia trata de uma nota fiscal da compra de medicamentos, que o conselheiro foi averiguar *in loco*, em um outro município, cerca de 200 km de Lafayette Coutinho, não tendo encontrado a distribuidora no endereço constante na nota.

(...) na gestão passada teve uma pick up, eu vi lá no recibo de mil e quinhentos reais de uma locação de uma “pick up Strada”, no mês de junho de dois mil e três (...) eu era o ante-penúltimo a pegar na pasta, quando eu perguntei pra primeira dama, na época presidente do conselho. Falei vem cá, eu estou na saúde a seis anos, sou agente comunitário a seis anos, já faço parte do conselho há três anos e não me lembro de na saúde ter passado uma “pick up Strada”. Primeiro, o recibo tá só com o nome do proprietário, mas não tem o número da placa do carro, o número de nada, certo? Só tem a data, a quantidade de dinheiro, assinatura do dono, uma assinatura rubricada porque não dava nem pra você entender direito. Eu não me lembro de ter entrado uma “pick up Strada” aqui, não houve essa locação pra unidade de saúde, não. (...) anota num papel a parte aí, anota num papel a parte. E que ficou pra dá o retorno e até hoje não houve esse retorno. (LC04)

Era pra aprovar as contas dos dois trimestres anteriores, então já constava na pasta, um recibo de que a recuperação do centro de saúde, quer dizer não tinha, nada foi feito e já constava na pasta um recibo de cinco mil reais datado de treze de outubro, quer dizer a reunião do conselho foi dia quinze e já existia um recibo de cinco mil reais, que se fiscalizar você vai lá encontrar esse recibo, de cinco mil reais em nome de uma, de uma empresa localizada em Jequié (...) de que o serviço tinha sido feito, concluído. Aí eu questionei e acabou a reunião, a secretária de saúde ela não soube

responder o que é que estava acontecendo, veio aqui na prefeitura pro pessoal ir da explicação por que ela não tinha explicação. (LC07)

Isso aí é caso pequeno, caso pequeno, descobrir um outro recibo, por exemplo de uma farmácia em Wenceslau Guimarães, fica depois de Gandu, eu fui lá verificar. Eu fui em Wenceslau Guimarães pra olhar a veracidade desse recibo de vinte e sete mil reais, que foi comprado de medicamentos em Wenceslau Guimarães, quer dizer você chega lá numa ponta de rua, na periferia, num butecozinho fechado, que funcionou em algum tempo distribuidora de medicamento não sei o que lá, tá lá na frente uma plaquinha, lá uma portinha fechada, não funciona nada, coisa desse tipo. (LC07)

Chama a atenção o fato de que, diante de denúncias de irregularidades tão graves, duas delas inclusive registradas nas atas do conselho, isso não ter despertado o interesse e a atenção dos outros conselheiros e as contas da SMS terem sido aprovadas, com apenas os votos contrários dos denunciantes. Atitudes como estas desvelam uma omissão do conselho frente ao seu papel de fiscalizar o exercício financeiro da saúde do município, transparecendo, que no ítem relacionado às finanças, o mesmo se comportava muito mais como homologador dos encaminhamentos da SMS, do que como foro para o exercício do Controle Social.

3.4.4. Capacitação

O tema capacitação foi abordado pela maioria dos entrevistados. Tanto os representantes dos prestadores, como os dos usuários foram unânimes em afirmar a importância da capacitação para um bom desempenho do conselho. A maioria dos discursos conduz à interpretação de que a maioria dos conselheiros não possuía a mínima noção de qual a importância do conselho e qual o verdadeiro papel que deve ser desempenhado por essa entidade, associando a capacitação como meio para a conscientização e despertar dos conselheiros. Vejamos a seguir alguns recortes dos discursos que tratam da importância da capacitação.

Nós tivemos uma capacitação, que foi assim de fundamental importância, por que a convocação pra fazer parte do conselho vem... o prefeito que envia, né?! convoca a população a fazer parte do conselho. Só que a pessoa lê o ofício, mas não tem noção assim do que é ser um conselheiro, por isso que a capacitação é de fundamental importância pra a pessoa conseguir saber qual é o papel dele dentro do conselho. (LC02)

A capacitação pra gente foi boa, pra gente saber, nos orientou como deveríamos participar do conselho, né?! Que tinha a gente como um órgão fiscalizador, né?! Foi isso que eu entendi da mensagem que eles passaram pra nós, foi isso. (LC03)

Com certeza, com certeza, é uma coisa muito importante, né?! Porque as vezes uma pessoa é conselheiro e não sabe como caminha o conselho, participa assim, mas não sabe. (LC05)

A capacitação é uma coisa, que seria ótimo mesmo, todos os membros assim, do conselho fazer, seria ótimo mesmo. Eu acho de fundamental importância essa capacitação por que as pessoas que não entendem o que é um conselheiro, o que é um usuário do SUS, tá demonstrando às necessidades. E sabendo a importância deles como ser humano no conselho, nessa capacitação, ele vai despertar o interesse de tá mobilizando até mais pessoas que não sejam conselheiros, que não tenham direito a voto, mas que possam tá como comunidade, ouvindo as propostas ou até tá trazendo propostas para um grupo maior. (LC08)

Mesmo com os conselheiros, tanto representantes dos prestadores como dos usuários, demonstrando a importância da capacitação, o conselho de saúde de Lafayette Coutinho não tinha como objetivo promover a capacitação de seus conselheiros. Isso pode ser deduzido pelas contradições dos discursos sobre a realização de capacitações para os conselheiros do município.

De um lado, representantes dos prestadores afirmam a realização de um curso de capacitação que teria abrangido todos os conselheiros:

Acho que mais ou menos três meses após a formação do conselho, nós solicitamos uma capacitação através da Secretaria Estadual de Saúde da Bahia e essa capacitação foi feita. Os técnicos da SESAB ficaram mais ou menos oito dias no município e essa capacitação foi de grande valia, porque eles tiraram todas as dúvidas e receberam material também de instrução, trouxeram todo material explicativo pra que a comunidade entendesse melhor. (LC08)

Todos os conselheiros participaram, foram duas etapas, e foi com o pessoal da SESAB, através da décima terceira Dires também, teve aí um pessoal da Dires e da SESAB sendo em duas etapas. (LC08)

Teve uma capacitação aqui mas já tem tempo, não me recordo não, já tem tempo, assim de cabeça eu não me lembro. Mas só teve uma capacitação aqui. (LC02)

Aí o pessoal vieram capacitar. Logo no início ele capacitou o pessoal, todos os conselheiros. Uma capacitação, acho que só teve... acho que foi duas, foi uma ou foi duas, não tenho bem certeza. (LC03)

De outro lado, representantes dos usuários afirmam nunca ter participado de qualquer curso de capacitação. Vale destacar que as possibilidades desses conselheiros terem tomado posse no conselho após a realização da referida capacitação é algo que deve ser descartado, isto por que o entrevistado LC05 é conselheiro desde a fundação do conselho.

Não me lembro de ter havido capacitação. Quer dizer, quem já tinha um certo conhecimento de conselho, quem já tava engajado e quem se interessava em se

aprofundar e a se aperfeiçoar em relação ao conselho, bem. Mas quem não tinha nenhum interesse, que achava que o tempo era curto, que não valia a pena... continuava lá, como cego em tiroteio. As vezes transitavam palavras que eles não sabiam nem o que estava querendo dizer, pastas com coisas escritas que eles nunca ouviram falar (...). Não me lembro de ter tido capacitação. (LC04)

Não, isso não, eu nunca recebi capacitação. Eu recebi uma cartilha, da qual eu me guio por ela. Uma cartilha pra conselheiros. Não, não, nunca fiz curso não. (LC05)

Independente da realização ou não deste possível curso de capacitação, é evidente a não preocupação do conselho com essa temática, isto por que, mesmo os entrevistados que atestam a realização de capacitação, também afirmam que este possível treinamento ocorreu uma única vez. Ou seja, no período de oito anos de existência do CMS de Lafayette Coutinho, apenas um único curso de capacitação teria sido realizado, se assim o foi. A escassez de processos de qualificação é incompatível com a possibilidade de uma boa atuação do conselho, visto que atividades de educação e atualização de conselheiros devem acontecer de maneira periódica e continuada, com vistas a proporcionar aos conselheiros uma adequada consciência do seu papel e uma competente qualificação para exercê-lo.

Dentre dos discursos que tratam do tema capacitação, um deles se destaca por buscar possíveis explicações para a não promoção de capacitação dos conselheiros de saúde de Lafayette Coutinho.

A capacitação pode interferir porque traz conhecimento, abre os olhos de quem está cego, então toda informação ela é bem vinda, todo conhecimento traz uma luz, e isso pra eles, pra eles, eu creio que era prejudicial. Por exemplo, vim alguém de Salvador, vim alguém de uma universidade e passar informações corretas alertando os usuários, alertando os conselheiros a respeito de alguns desvios, distorções e eu acredito por conta disso que eles evitaram de trazer palestrantes e trazer algo que pudesse informar melhor os conselheiros ou treinar melhor, ou passar conhecimento aos conselheiros. (LC07)

Essa consideração, expressa com ares de denúncia, busca evidenciar o interesse proposital do gestor municipal, em perpetuar a ignorância e o desinteresse dos conselheiros, para que, com isso, os processos fiscalizatórios, que são atribuições do conselho, possam se tornar enfraquecidos, beneficiando a gestão municipal frente a suas possíveis irregularidades.

Tal discurso, embora insuficiente para comprovar tais denúncias, se reveste de grande riqueza, para que se possa compreender as concepções desse usuário, de quais seriam as práticas adotadas pela gestão municipal como intuito de boicotar as iniciativas de participação popular e Controle Social. Por meio desses discursos,

é possível perceber o clima de intriga, desconfiança e revanchismo que permeia o espaço do conselho de saúde de Lafayette Coutinho, o que tende a contribuir decisivamente para o enfraquecimento do exercício do Controle Social no município.

3.4.5. Escolha dos Conselheiros e a Relação Representante X Entidade.

Essa categoria aglutina os discursos que abordam as questões referentes ao processo de escolha dos representantes do conselho, especialmente dos usuários, e também aqueles que tratam da relação entre conselheiros e as entidades que eles representam. Com relação à escolha dos conselheiros, o discurso de um usuário aponta para o fato de que o processo de eleição dos conselheiros ocorre de forma inadequada, desencadeando na escolha de representantes não comprometidos com o exercício do Controle Social. Em dois momentos de seu discurso, esse usuário busca associar, em uma relação de causa e efeito, a escolha de conselheiros pouco comprometidos com o funcionamento inadequado do conselho.

Um grande motivo para o conselho não funcionar a contento, é a escolha de representantes não comprometidos. (LC04)

(...) tudo vem da questão da escolha do representante, da indicação do representante, porque tal entidade indicaria, indica alguém que não tem noção das coisas, só pra ser mais um presente, digamos assim, pra ter quorum, pra ter a quantidade pra conseguir reunir, aí tá tudo bem. (LC04)

Prosseguindo, esse usuário busca associar a escolha de representantes não comprometidos com os processos não democráticos de escolha implementados pelas entidades, que, muitas vezes, não procedem com a devida eleição para escolha de seus representantes no conselho. Destacando em seu discurso a afirmação de que os processos de escolha por indicação e não por eleição, se dava tanto pelas entidades que representam os prestadores, como pelas entidades que representam os usuários.

Sem dúvida, além da questão do compromisso, quando se mandava ofício para um entidade, a entidade não tinha o bom senso de reunir todos que fazem parte daquela entidade, (...) vamos ver aqui, vamos ver, botar em votação aqui, usar a democracia, vamos votar aqui pra ver quem pode fazer, representar a gente lá no conselho, certo?! (LC04)

Dos usuários, não é diferente, não é diferente. Boa parte dos usuários também, como associação de bairro e tal, é dessa forma também, eles indicam alguém pra ir representar. (LC04)

Algumas entidades é a diretoria que indica, a diretoria. (...) A escolha do representante foi coletiva, foi decidido por todos, mas isso é exceção, sem dúvida é uma exceção. De ambas as partes, tanto prestadores como usuários acontece isso aqui, talvez seja por isso que o conselho não tenha caminhado como deveria. (LC04)

Todavia, em contradição com a afirmação de que a escolha dos representantes dos usuários se dava por indicação, todos os usuários entrevistados, que tratam do assunto, afirmam que suas escolhas se deram mediante reuniões ou assembléias de suas entidades.

No caso dos agentes comunitários por exemplo, a gente sentou viu quem poderia ficar, né?! (...) Teve reunião, a gente reúne todo mês, a gente reúne mensalmente. (...) A escolha do representante foi coletiva, foi decidido por todos (LC04)

Foi feita uma reunião, sabe?! E nessa reunião então foi citado o meu nome e aí fez assim, entrou em votação como você viu aqui naquela reunião, aí eu fui escolhida como suplente. (LC05)

Ah! Sim, teve “semebreia”, foi escolhido em reunião, em “semebreia”. Porque você espia só, em “semebreia”, quem vocês, qualquer um aceita ser o representante da saúde e tal. Pelo menos no sindicato foi dessa forma, fizemos “semebreia”, “escolhemo” o representante, eles que me indicaram. Eu digo olha não precisa ser eu, pode ser outro qualquer, vocês podem participar. Agora as outras entidades eu não sei de que forma, eu não tenho conhecimento, agora aqui a gente sempre fez assim. (LC06)

A minha eleição foi na igreja, a igreja ela vota, ela vota nos membros da igreja, ela vota em culto administrativo quem vai representar. (...) Eu fui eleito numa assembléia, assembléia geral, no culto administrativo da igreja. (LC07)

Essa divergência entre as afirmações do entrevistado LC02, realizadas com requintes de denúncia, e as afirmações contrárias feitas pelos demais conselheiros, desvela um clima de desconfiança e descrédito, entre os próprios representantes dos usuários, que, teoricamente, deveriam caminhar juntos e coesos, com o único propósito de construção de um sistema de saúde mais justo e equânime.

Ainda se tratando do processo de eleição dos conselheiros, parece não haver, no município, tentativa de interferência, por parte gestor municipal, nas entidades que compõem o conselho ou em seus fóruns de discussão e deliberação. Isso por que, tal assunto não foi referido em nenhum dos discursos, nem naqueles que seguiram uma postura mais incisiva contra a administração municipal. Tal assunto só é tratado pela ex-secretária de saúde, quando solicitada a falar a respeito do posicionamento da Secretaria nos processos eleitorais para escolha de conselheiros.

Em seu discurso, a mesma afirma não haver qualquer tipo de interferência da secretaria, e que nunca sofreu pressões do prefeito pra tentar influenciar nesses processos.

Os grupos se formavam, as reuniões eram abertas e quem tivesse o interesse de se candidatar se candidatava e aí tinha essa eleição pra que aquela entidade escolhesse o seu representante. A prefeitura ou a própria secretaria de saúde não se envolvia, nós recebíamos somente o nome daquela pessoa que foi o que ganhou pra representar, pra ser o conselheiro. (LC08)

No que tange a temática da relação entre o representante do conselho e a entidade a qual ele representa, poucos conselheiros tratam de tal assunto. Dentre os que abordaram a temática, os discursos apontam para o fato de não haver uma maior preocupação por parte das entidades quanto ao desempenho de seus representantes. Na maioria dos casos, parece haver uma atuação independente e individual por parte do conselheiro, sem um acompanhamento ou direcionamento por parte da entidade, em relação à postura a ser seguida pelo representante. Isso é bem demonstrado no recorte do discurso do entrevistado LC01:

Aqui no município a comunidade ainda continua achando que é só responsabilidade da representação, que é só responsabilidade da representatividade, eles continuam assim, deixando a cargo de quem tá lá... quem tá lá que resolve, isso não é problema meu, é problema da representatividade. (LC01)

Em uma relação entre representante e representados, é esperado que as posturas que serão defendidas pelo representante, seja definida coletivamente entre esse e seus pares, e também, que as discussões e deliberações ocorridas no fórum ao qual o representante faz parte, deva ser repassada para os representados. No entanto, essa parece ser uma postura não seguida pelos conselheiros de saúde de Lafayette Coutinho, conforme expresso nos discursos abaixo:

Sou representante da SESAB, sou do estado, represento os profissionais do estado. (...) A indicação já veio de lá da DIRES mesmo, a DIRES que me indicou. Não, nenhuma, não tinha nenhuma comunicação entre eu e a SESAB, não passava nada pra eles não. Minha atuação aqui é autônoma, sobre aqui mesmo, interna. Não tinha nenhuma ligação com a DIRES, nenhum contato. (LC03)

Eu sempre repassava quando as pessoas tinham dúvidas, né?! Que as vezes a gente é... nem sempre quando a gente chega na igreja pra falar as pessoas querem ouvir. Então as pessoas que tinham dúvida sobre determinada ação, chegava até a gente, perguntava e a gente esclarecia, sempre foi dessa forma. Aquela coisa assim de boca em boca, não de forma coletiva, mas de forma individual. Porque as vezes a gente não percebia o interesse das pessoas em ouvir, né?! De saber o que tava se dando. (...) E esse repasse era feito quando as pessoas me procuravam, os

interessados. Mas não tinha uma reunião pra discutir, a própria igreja não mobilizava essa ação, não promovia essa discussão com relação as questões de saúde. (LC01)

Dentre os entrevistados que trataram desse assunto, apenas um afirmou que se reunia constantemente com os seus pares e que tratava com eles dos assuntos do conselho. No entanto, o discurso desse representante é seguido por relatos, com ares de denúncia, que os demais representantes não tinham a mesma postura.

Sim, dos usuários eu digo no caso, é isso?! A gente não reúne, eles (sindicato, Igreja Católica, FUMAC) não reúne pra discutir, não reúne pra discutir assuntos concernentes, não reúne. Então são representantes apenas nominais, a igreja não, a igreja vota. (...) Com certeza, eu sempre tava repassando o que se passava no conselho. As outras entidades não reúne, não se reúne pra... digamos com a participação dos usuários, das entidades que eles representam, não reúne né?! E quando reúne, as vezes aquilo que eles tratam por trás, não tratam na presença do conselho. (LC07)

Aqui também pode ser perceber, mais um traço do clima de desconfiança e descrédito de uns representantes para com os outros. Com a análise do discurso desse sujeito pode-se perceber a postura de desqualificação atribuída aos outros conselheiros. Segundo ele, os outros representantes não são representantes legítimos, são apenas nominais, e somente ele é que teria a prática de se reunir com a sua entidade e de verdadeiramente exercer o papel de representante de um coletivo de pessoas.

3.4.6. Interferência Política.

A categoria Interferência Política é formada pelas manifestações dos discursos que abordam as questões referentes à influência dos aspectos políticos no funcionamento do conselho. Essa categoria é composta por três subcategorias que aglutinam os aspectos referentes ao cumprimento das deliberações do conselho por parte da secretaria de saúde; as influências da rivalidade dos grupos políticos locais no funcionamento do conselho; e, por fim, as iniciativas do gestor local na tentativa de manipulação do conselho de saúde.

Cumprimento das Deliberações

De acordo à Lei 8142/90, as deliberações dos conselhos de saúde devem ser homologadas pelo chefe do poder executivo, isto em virtude dos conselhos de saúde constituírem-se em fóruns de caráter deliberativo e não apenas consultivo. Dessa forma o conselho de saúde torna-se responsável por deliberar pelas políticas de saúde que devem ser implementadas e o executivo municipal tem por obrigação implementá-las. Em Lafayette Coutinho, os discursos dos atores desvelam uma contradição em relação a essa questão. Enquanto alguns conselheiros, em sua maioria prestadores, afirmam que as deliberações do conselho eram sempre cumpridas pelo gestor municipal, o discurso de um usuário desentoa desse grupo e afirmando o mesmo que após o conselho tomar as deliberações, o prefeito municipal, em seu gabinete, decidia quais daquelas deliberações deveriam ser implementadas. Vejamos a seguir a fala dos conselheiros que afirmam que as deliberações eram sempre cumpridas:

As deliberações eram sempre cumpridas, sempre foram, a gente nunca... o conselho nunca teve problema de deliberar e o gestor não cumprir. Ele sempre respeitava a decisão do conselho. (LC01)

Quando levantava as questões assim, nas atas ficava decidido assim, ficou decidido pelo conselho que funcionará de tal forma, foi deliberado isso tal, tal e tal. Passava tudo pelo conselho e a secretaria seguia o que tinha sido deliberado. (LC02)

(...) a gente tomava as decisões e era através de votação pra decidir alguma coisa. Muitas vezes sim, era acatado as decisões, o que o conselho decidia era acatado. Nunca, nunca a secretaria teve a... a secretaria disse é assim, sem a voz do conselho. O conselho era reunido e tomava suas decisões. (LC03)

Eram, normalmente as ações que eram deliberadas pelo conselho eram executadas pela secretaria, se faltou alguma coisa, se faltou... Não, não teve que eu me lembre não teve nenhuma dificuldade, nada que tivesse sido proposto e que o conselho tenha aprovado e que não foi adiante. (LC08)

Deve-se destacar que, dentre esse grupo que afirma que as deliberações eram sempre cumpridas, três dos quatro entrevistados eram prestadores de serviço, sendo um deles o ex-secretário de saúde. Em sentido contrário a essa posição, o entrevistado LC07 afirma, de forma contundente, o desrespeito do gestor ao conselho de saúde, que deixava de implementar muitas das deliberações do conselho.

Então eu atribuo ao chefe do executivo anterior, de, por exemplo, o conselho ele é traz as idéias, traz as sugestões, mas depois de um relatório feito, de pessoas se deslocarem de alguns pontos das localidades do município, vem passa o dia inteiro, dois dias reunidos, as vezes, discutindo, depois o prefeito pega todas as sugestões, tudo aquilo que foi absorvido coloca sobre a mesa e coloca aí a caneta em cima, esse aqui nós vamos fazer, esse aqui nós não vamos, mas do seu jeito e não como o conselho elaborou, não como o conselho apresentou. Aqui aconteceu muito isso. Não, ele não cumpria e não deixava ninguém cumprir, ele era o... quer dizer atrás dos bastidores ele era como se fosse tudo. (LC07)

Interferência de processos políticos locais

Na maioria dos municípios brasileiros de pequeno porte ainda impera uma cultura coronelística, em que os processos eleitorais são polarizados em torno de dois ou três grupos políticos oligárquicos, geralmente de origem familiar, que através de pleitos acirrados, disputam o poder político local, com práticas clientelistas, muitas vezes com apelos à violência.

Em Lafayette Coutinho a disputa polariza-se em torno de dois grupos, um liderado pelo ex-prefeito, que permaneceu no poder de 1997 a 2004, e um outro que parece aglutinar as diversas facções, de raízes ideológicas diversas, que se opõem ao grupo do prefeito. De acordo com os discursos dos atores, parece que a disputa política no município se dava de forma bastante acirrada, inclusive se estendendo no período pós-eleitoral por todo o período da gestão.

As disputas político-eleitorais interferiam direta e substancialmente no desempenho do conselho de saúde. Isso pode ser comprovado com os discursos dos diversos atores, prestadores e usuários, que foram unânimes em afirmar a perniciosa interferência das disputas locais no desenrolar das atividades do conselho.

As vezes também, geralmente a questão política, né?! Por que eu votei no “candidato A”, mas quem ganhou foi “candidato B”, então não tenho interesse de participar da administração. Por que querendo ou não, a gente sendo conselheira a gente atua na administração, porque desde quando a gente decide aquilo que a gente quer, aquilo que é melhor, a gente tá dizendo ao gestor maior que a gente quer que a administração seja dessa forma, é uma forma também de participar da administração. Tem pessoas que tem restrições a isso, então se eu votei no “candidato A” e foi o “candidato B” que foi eleito, aí automaticamente perde-se o interesse em participar da gestão. (LC01)

Infelizmente acontece questões políticas. Porque se foi contra o prefeito eles não participam, porque vão dizer, ah! eu vou beneficiar o prefeito eu não gosto dele. Mas esquece que não tão beneficiando o prefeito, tão beneficiando o município, então, tem que saber distinguir uma coisa da outra, muitas pessoas deixam de participar por pura política. Isso, mesmo tendo a oportunidade de acompanhar, as pessoas não vem por questão política. (...) as pessoas tem que vê, que o conselho é pra beneficiar a população e a participação do conselheiro é de fundamental importância,

ele vai tá discutindo o que é bom e o que é ruim, e o que pode melhorar. As pessoas, mais que a preocupação com a saúde do município estão preocupadas com a rixa política, é com a rixa política, muitos estão. E isso é prejudicial, porque se for uma pessoa assim dinâmica, que tenha muito conhecimento a passar, se ela não participa? O conselho fica sem esse dinamismo dentro dele. (LC02).

Porque muitos deixaram de participar, quando eram convidados a participar da reunião, falhavam, não compareciam, por que essas pessoas eram contra a administração. Mas eles não iam participar da reunião, eu não vou lá participar de nada não. É tem, tem uns que pensam por aí, que pensa que tá prejudicando a quem tá no poder, tá prejudicando é a comunidade. Não prejudica quem tá no poder não, quem tem essa idéia, prejudica a toda a comunidade, né?! (LC03).

(...) mas também tinha da parte dos conselheiros alguns que misturavam a questão política, a política partidária. Aí muitos não participavam justamente por isso, ah! eu sou da oposição, agora quem tá como presidente do conselho é a primeira dama, é do prefeito, eu não gosto dela eu não vou lá, né?! (LC04)

É, eu acho bom e precisamos de melhorar, porque a gente ainda vive num município que tem “muntia” dificuldade, por parte assim, o pessoal, “incrusive “ agora, esse ano não foi muito bem o conselho de saúde, por motivo assim, motivo político, as pessoas as vezes assim deixa até se “alevar” né?! Deixa “alevar” e que não foi dado “muntia” assistência. (LC06)

Eu acho que a política interferiu por esse motivo, que acho que não deve ser misturado uma coisa com a outra, trabalho, política, essa coisa. Mas infelizmente o pessoal ainda, quando chega esse período eleitoral eles misturam um pouco, e aí tem pessoas que não vai porque é de tal lado, não vai ao conselho alguns representantes e no meu caso, teve, eu fui convidado, eu tô lá. (...) É sim, têm representantes que deixam de ir a reunião porque o prefeito é de outro grupo político. Acontece, isso acontece. (LC06).

Esses vários discursos evidenciam claramente o quanto o processo político eleitoral municipal influenciou negativamente no desempenho do conselho. Com relação a essa questão, existe uma confluência na opinião de todos os atores, prestadores e usuários, conselheiros que defendiam a administração municipal e os que se opunham a ela. Todos são unânimes em reconhecer os malefícios para o conselho da rivalidade política local.

A frase em destaque, no discurso do entrevistado LC06, pode englobar as frustrações sentidas pelos atores no que diz respeito à interferência dos processos políticos locais no funcionamento do conselho.

As pessoas, mais que a preocupação com a saúde do município, estão preocupadas com a rixa política. (LC06)

Manifestações como essas tornam evidente a necessidade de se repensar o exercício no Controle Social no Brasil, na perspectiva de se desenvolver práticas sociais de amadurecimento político e elevação da consciência cidadã, com vistas a

que os fóruns de participação social possam ser utilizados como verdadeiros instrumentos na construção de uma sociedade democrática.

Interferência do Gestor Municipal

Essa subcategoria analisa os discursos dos conselheiros que tratam da influência do gestor municipal sobre o conselho de saúde. Aqui também, uma clara contradição é percebida entre a opinião dos diversos atores com relação à interferência do executivo municipal nas ações do CMS. O ex-secretário de saúde, afirma em sua fala que o conselho trabalhava livremente e que o prefeito municipal não usava de mecanismos de pressão nem para com ela, nem para com o conselho.

(...) Assim pelo contrário ele me dava realmente confiança para que eu pudesse realmente trabalhar com os demais conselheiros pensando no bem comum da cidade, da população, não tinha envolvimento. Não tinha envolvimento nem pressão de maneira nenhuma. (LC08)

Mas é no cruzamento do discurso de dois usuários que a contradição em torno de tal assunto se manifesta.

O entrevistado LC01 afirma não haver qualquer tipo de interferência do gestor municipal sobre o conselho, realizando inclusive, comparações com outros municípios e destacando isso como ponto positivo do conselho de Lafayette, conforme se pode observar em recorte do seu discurso:

Mas a gente vê que tem lugares que tão bem atrasados (...) a gente ouvia colega assim comentar que, as reuniões do conselho acontecia no gabinete do prefeito, né?! Coisas que a gente nunca teve aqui. Na verdade o prefeito pouco participou das reuniões do conselho, ele sempre deixou que o conselho atuasse na paz, enquanto tem lugares que a gente via que existia uma certa manipulação do gestor com relação ao conselho, né?! De manipular e de querer decidir aquilo que era conveniente a eles, coisa que não acontece aqui em Lafayette. Exatamente, um ponto positivo aqui é a não influência do gestor, ele não tem influenciado de forma nenhuma. (LC01).

Entretanto, outro representante dos usuários se opõe a essa opinião, afirmando que o gestor manipulava demasiadamente as atividades do conselho. Refere ainda práticas de perseguição aos que se posicionassem, dentro do conselho, de maneira contrária à hegemonia local.

Tinha manipulação até excessiva. Por que ele ameaçava, (...) Então era, não era no conselho que ele funcionava, na presença dos conselheiros, é numa dimensão

digamos dentro do gabinete, com a secretária de saúde que era a própria esposa do prefeito, né?! então era outra coisa. (LC07)

Na aparência tudo era conduzido bonitinho, só que qualquer um que se levantasse pra questionar você percebia logo que ele era boicotado. (LC07)

E para exemplificar as práticas de manipulação do gestor, esse conselheiro relata dois acontecimentos envolvendo profissionais de saúde, um em que enfermeiros teriam manifestado receio em se colocarem contrariamente nas reuniões, com medo de represálias, e um outro caso de desligamento de um médico por não aceitar as práticas que passaram a vigorar no município.

(...) por exemplo eu ví o pessoal dos próprios enfermeiros eles divergindo, inclusive nesse dia que eu fiz esse questionamento, ele disse se tivesse mais, mais alguns do seu tipo aqui pra poder falar, porque a gente não pode falar, a coisa seria outra. Os próprios profissionais reconheciam mas ficam intimidados. (LC07)

Os profissionais ficam intimidados por causa do gestor, é tanto que o médico da família, Dr. E., ele foi embora daqui por consequência disso, ele não agüentou mais ver tanta distorção. (...) Então a secretária de saúde quando passou, antes era uma senhora de Jequié, aí passou a ser a esposa do prefeito, aí logo dividiu, por que nas reuniões do conselho com a outra secretária o médico participava, as vezes sugeria, e quando passou a ser a esposa do prefeito ela não aceitou mais essa participação então na segunda reunião o médico arrumou as malas e foi embora. (LC07)

Diante de tal contradição, evidencia-se uma visão diferenciada quanto ao papel do gestor no conselho. O entrevistado LC01 afirma não haver interferência por que o prefeito municipal pouco frequentava as reuniões, ou porque as reuniões não aconteciam no gabinete do prefeito. O entrevistado LC07 atribui uma outra dimensão à interferência do gestor, processo que se agravou após a posse da primeira dama como secretária de saúde. Tal diferença de olhares pode ser determinante para diferentes formas de atuação e compreensão de que papel deve desempenhar o conselheiro.

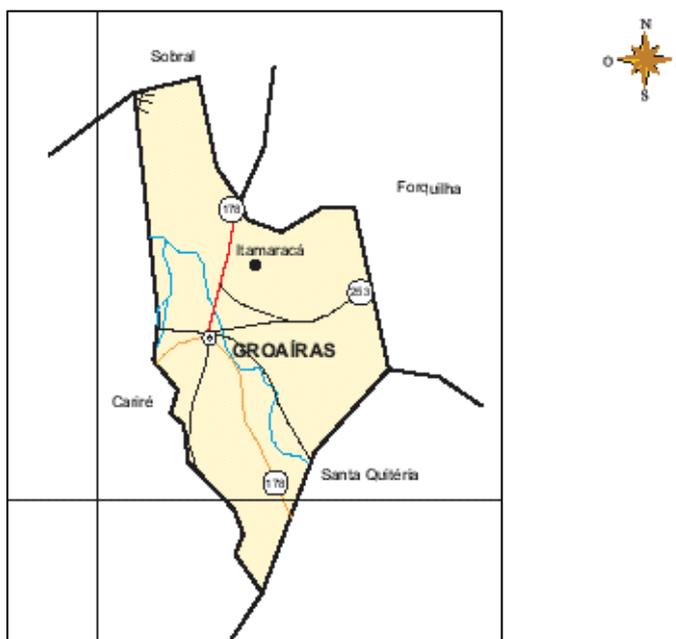
4. CAPÍTULO II

O CASO GROAÍRAS, CEARÁ.

4.1. Compreendendo o Campo

O município de Groaíras situa-se na Região Noroeste do Ceará e foi criado em 23 de março de 1957 por desmembramento do município de Cariré. Seu topônimo anterior era Riacho dos Guimarães, em alusão à família Guimarães primeiros colonizadores da região que se instalaram às margens do rio Acaraú. Quando da época de sua emancipação política, seu topônimo foi mudado para Groaíras que significa mel que os pássaros gostam. O município limita-se, a partir do norte, em sentido horário, com os municípios de Sobral, Forquilha, Santa Quitéria e Cariré (Figura 02).

Figura 02
Limite Geográfico do Município de Groaíras.



Fonte- Instituto de Pesquisa e Estratégia Econômica do Ceará, 2005.

Sua área territorial é de 156,1 km² e possui uma população de 8741 habitantes (IBGE, 2001), com densidade demográfica é de 11,6 hab/km², distribuída

na sede e zona rural, seus principais distritos são o distrito sede e o distrito de Itamaracá. A distância da sede do município para Fortaleza, capital do estado, é de 246 km, e para Sobral, município pólo da micro regional, é de 32 Km. A sede do município está situada a altitude de 88 m acima do nível do mar.

Localizado na região do semi-árido possui clima ameno, com temperatura média de 29 °C, o município apresenta duas estações bem definidas, com período de clima chuvoso entre dezembro e maio e de clima estiado entre julho e novembro, predominando as condições gerais do semi-árido nordestino, muito quente de dia e ameno de noite, e por ter altitude considerada baixa essa não influencia consideravelmente em sua temperatura.

O município é banhado pelo Rio Acaraú e não possui problemas de abastecimento dos recursos hídricos. A sede do município é abastecida por meio de rede de água encanada oriunda do rio Acaraú, administrada pela Companhia de Água e Esgoto do Ceará-CAGECE, o sistema de abastecimento da sede possui reservatórios, e estação de tratamento e distribuição de água. O distrito de Itamaracá também possui sistema de abastecimento de água e esgoto, com tratamento da água distribuída para a população dessa localidade.

O distrito de Itamaracá esta localizado às margens da rodovia CE 178, entre a sede do município de Groaíras e a sede do município de Sobral, a uma distância de cerca de 04 Km de Groaíras, a referida rodovia possui pavimentação asfáltica em bom estado de conservação e com sinalização preservada. Os demais povoados e localidades do município, Canafístula, Marrecas, Boa Vista e Aroeira dos Maciéis, têm concentrações populacionais menores com acesso por estradas vicinais não asfálticas, em precário estado de conservação, com tráfego comprometido no período das chuvas.

4.1.1. Infra-estrutura, Bens e serviços

No Município de Groaíras, segundo o Atlas de Desenvolvimento Humano do Brasil (BRASIL, 2003), 93,1% da população tinha acesso a energia elétrica em seus domicílios no ano de 2000 (Tabela 12). Esse índice, de mais de 90% de cobertura, é um índice considerado alto, e ao se analisar a cobertura no período de dez anos, 1991-2000, pode se observar o quanto o município avançou no oferecimento de

energia elétrica a sua população, passando de uma cobertura de 56,0% para 93,1%, com o significativo aumento de 66,25% no período, levando a quase totalidade da sua população com acesso a energia elétrica. Com relação ao acesso à água encanada, em 2000 o município possuía um percentual de 66,1% de sua população com acesso a esse serviço, e em 1999, 47,4%. No que tange à ampliação do acesso da população à água encanada, o município teve um avanço considerado mediano nesse período, com um aumento de 39%.

Tabela 12
Acesso aos serviços básicos. Groaíras, 1991 e 2000.

Serviço	1991	2000
Água Encanada	47,4	66,1
Energia Elétrica	56,0	93,1
Coleta de Lixo	13,1	76,0

Fonte- IPEA/Atlas do Desenvolvimento Humano do Brasil/Perfil Municipal 2003

A coleta de lixo só acontece no distrito sede do município e no distrito de Itamaracá, e mesmo assim não atinge toda área dessas localidades, com uma cobertura de apenas 76,0% dos habitantes desses distritos. E tal situação pode ser considerada grave se for considerado que, em 1991, o recolhimento do lixo se dava para apenas 13,1% da população da zona urbana. Ou seja, a população da zona rural era totalmente desprovida de coleta de lixo e da população que morava na sede pouco mais de um décimo tinha acesso a esse serviço.

O sistema de transporte municipal é desprovido de qualquer regulamentação pelo poder público municipal ou estadual e oferece sérias dificuldades de deslocamento para os cidadãos do município, principalmente no que diz respeito ao deslocamento para a zona rural. O transporte da sede para os distritos é feito por meio de veículos alternativos, a maioria deles de carroceria aberta e muitas vezes s em situações precárias de tráfego. O município é desprovido de linhas regulares de ônibus que façam o transporte para outras cidades, sendo o transporte intermunicipal realizado por veículos alternativos, tipo *Topic*, tendo como único destino o município de Sobral, sem horários regulares, e com partidas dependentes da lotação dos mesmos.

No município não há emissoras de rádio instaladas e a comunicação radiofônica se dá pela receptação de sinais de uma emissora de Freqüência Modulada-FM e cinco de Amplitude Modulada-AM instaladas no município de

Sobral. O município possui uma agência dos Correios na sede e não possui postos de coleta ou agentes franqueados nos distritos.

O sistema educacional do município é composto por 21 estabelecimentos de ensino, 02 de ensino médio e 19 de ensino fundamental (Tabela 13), sendo 18 municipais, 2 estaduais e 01 privado. Tal sistema educacional é responsável por um total de 3.137 matrículas (Tabela 14), sendo 2.416 vagas no ensino fundamental, 366 no ensino médio e 355 no pré-escolar (Brasil 2003).

Tabela 13
Estabelecimentos de Ensino Médio, Fundamental e Pré-escolar. Groaíras, 2003.

	Médio	Fundamental	Pré-escolar
Municipal	-	18	18
Estadual	02	02	-
Privado	-	01	01
Total	02	21	19

Fonte- Ministério da Educação/Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais-INEP/Censo Educacional 2003

Tabela 14
Matrículas no Ensino Médio, Fundamental e Pré-escolar. Groaíras, 2003.

	Médio	Fundamental	Pré-escolar
Municipal	-	1987	333
Estadual	366	362	-
Privado	-	67	22
Total	366	2416	355

Fonte- Ministério da Educação/Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais-INEP/Censo Educacional 2003

O Município de Groaíras possui um nível educacional considerado baixo, no que diz respeito ao nível de alfabetização da população acima de 10 anos de idade. Dos 6.815 habitantes nessa faixa etária, apenas 4.569 são alfabetizados, tendo o município uma taxa de analfabetismo de 33% (IBGE, 2001).

Também sua população adulta, pessoas acima de 25 anos de idade, amarga um nível educacional consideravelmente baixo, com taxa de analfabetismo de 44,6% no ano 2000 (Tabela 15) e um nível médio de anos de estudo de apenas 2,7 anos, também para o mesmo ano (IPEA, 2003).

Tabela 15
Nível Educacional da população adulta. Groaíras, 1991 e 2000.

Indicadores	1991	2000
Taxa Analfabetismo	52,5	44,6
% de menores de 4 anos de estudo	75,9	68,6
% de menores de 8 anos de estudo	91,5	87,8
Média de anos de estudo	2,1	2,7

Fonte- IPEA/Atlas do Desenvolvimento Humano do Brasil/Perfil Municipal 2003

4.1.2. População

Os dados do Censo Populacional realizado pelo IBGE demonstram que o município de Groaíras, no ano de 2000, possuía uma população de 8.741 habitantes, correspondendo a apenas 0,12% da população do estado do Ceará (IBGE, 2001). Esse município, acompanhando a tendência da população brasileira nas últimas décadas, tem uma população predominantemente urbana, conforme observado na Tabela 16. Dos seus 8.741 habitantes, 5.588 residem na zona urbana, tendo o município uma taxa de urbanização de 63,93%, se aproximando da taxa de urbanização do Ceará 71,53% e da do Nordeste, 69,04% e a do Brasil, 81,23% . Ao se observar a taxa de urbanização no início da década de 90 e início do ano 2000, pode-se comprovar a crescente tendência da concentração urbana da população do município, enquanto no ano de 1991 a taxa de urbanização era de 51,19%, em 2000 essa taxa passou para 63,93%, com o aumento de 12 pontos percentuais na taxa de urbanização no período de 10 anos.

Tabela 16
População por situação de domicílio. Groaíras, 1991 e 2000.

Distribuição da população	1991	2000
População total	8079	8741
Urbana	4620	5588
Rural	3459	3153
Taxa de urbanização	51,19%	63,93%

Fonte- IPEA/Atlas do Desenvolvimento Humano do Brasil/Perfil Municipal 2003

Também acompanhando a tendência estadual, regional e nacional, Groaíras apresentou na década de 1990 uma taxa de crescimento populacional positiva, aumentando sua população em quase 10% no referido período. Entre 1991 e 2000, o município apresentou uma taxa média anual de crescimento de 0,91%, acompanhado a tendência de crescimento do estado do Ceará que apresentou, para

igual período, uma taxa média anual de crescimento de 1,8%, aumentando sua população em 16,7%, nesse período de 10 anos.

4.1.3. Desenvolvimento Econômico e Social

Ao se observar os dois principais indicadores sociais, Mortalidade Infantil e Expectativa de Vida, na década de 1990, pode-se observar uma considerável melhora na qualidade de vida de sua população, embora se reconheça aqui que a análise apenas desses dois indicadores são insuficientes para uma avaliação mais aprofunda da qualidade de vida da população.

A Mortalidade Infantil de Groaíras diminuiu 44,03% (Tabela 17) no período de 10 anos. Apesar dessa considerável diminuição, o município, em 2000, ainda ostentava valores considerados altos, 37,4%, para os padrões desejados. No entanto, a taxa de Mortalidade Infantil do município é inferior à taxa do estado da Ceará, que é de 41,4%, inferior a do nordeste, que é de 44,2% e também inferior à do Brasil, que é de 42% (IPEA, 2003). Tal situação permite ao município uma avaliação positiva da sua política de redução da Mortalidade Infantil, embora não se possa perder de vista que o índice de Mortalidade Infantil em Groaíras ainda é elevado e que grandes são os desafios para acomodar esse indicador em patamares desejáveis. Também não se pode deixar de considerar os significativos êxitos da política de saúde municipal que, no que concerne a esse indicador, deixou esse município em situação mais confortável que o estado do Ceará, a região Nordeste e o Brasil.

Tabela 17
Longevidade, Mortalidade Infantil e Fecundidade. Groaíras, 1991 e 2000.

Indicador	1991	2000
Mortalidade Infantil	66,8	37,4
Esperança de Vida ao nascer	60,6	68,8
Taxa de Fecundidade Total	4,5	4,0

Fonte- IPEA/Atlas do Desenvolvimento Humano do Brasil/Perfil Municipal 2003

Também, em relação à expectativa de vida, pode-se observar um significativo crescimento de 8,2 anos da esperança de vida ao nascer, para esse período de 10 anos (Tabela 17). Embora se reconheça que uma expectativa de vida de 68,8 anos

ainda é uma expectativa de vida baixa, a elevação desse índice no município na última década, permite a Groaíras se colocar em posição confortável ao ser comparado com a expectativa de vida do Brasil, da região Nordeste e do estado do Ceará. Em 2000 a expectativa de vida de Groaíras, 68,8 anos, era superior a do Brasil, 68,6 anos, a do Nordeste, 65,8 anos, e a do Ceará, 67,8 anos.

Os indicadores econômicos do município, especialmente a proporção de pobres (índice medido pela proporção de pessoas com renda inferior a à metade do salário mínimo vigente no período) e o nível de desigualdade do município (Tabela 18), revelam uma grande contradição entre a diminuição da pobreza e o aumento da desigualdade de renda. A renda *per capita* do município elevou-se em 40%, entre 1991 e 2000, passando de R\$ 60,5, em 1991, para R\$ 84,70, em 2000, o que pode sugerir um maior acesso aos recursos financeiros pela população do município. Também, a diminuição da proporção de pobres em 11 pontos percentuais no referido período, pode sugerir melhor distribuição de renda no município. Embora não se possa perder de vista que a proporção de pobres no município ainda é considerada alta, 67,50% da população é pobre.

Tabela 18

Indicadores de Renda, Pobreza e Desigualdade. Groaíras, 1991 e 2000.

Indicadores	1991	2000
Renda <i>per capita</i> média (R\$)	60,50	84,70
Proporção de Pobres (%)	78,70	67,50
Coeficiente de Gini	0,47	0,58

Fonte- IPEA/Atlas do Desenvolvimento Humano do Brasil/Perfil Municipal 2003

Todavia, o Coeficiente de Gini, índice que avalia a desigualdade de renda, se elevou nesse período, passando de 0,47, em 1991, para 0,58, em 2000, evidenciando um aumento da desigualdade de renda do município. Embora a renda *per capita* média o município tenha aumentado, o Coeficiente de Gini evidencia um aumento dos rendimentos das classes mais abastadas e diminuição dos rendimentos das classes mais despossuídas, demonstrando que não houve melhora na distribuição da renda e evidenciando o alargamento do fosso da desigualdade entre as populações que se encontram em posições diametralmente opostas na distribuição das riquezas do município.

Com relação ao IDH-M, os dados do Atlas de Desenvolvimento Humano no Brasil (IPEA, 2003), demonstram que o município de Groaíras apresentou uma

melhora considerável desse índice na década de 1990. Conforme se observa na Tabela 19, o IDH-M era de 0,528, em 1991, passando para 0,653, em 2000, com crescimento de 23,67% no período, segundo avaliação do IPEA. No entanto, mesmo com o crescimento desse índice, o município ainda apresenta IDH-M baixo em relação ao IDH do Ceará, que, em 1991, foi de 0,593, e, em 2000, foi de 0,700, tanto quanto em relação ao do Brasil, que foi de 0,696 e de 0,766, respectivamente nos anos de 1991 e de 2000.

Tabela 19
Índice de Desenvolvimento Humano. Groaíras, 1991-2000.

Indicadores	1991	2000
IDH-M	0,528	0,653
Educação	0,533	0,715
Longevidade	0,594	0,729
Renda	0,458	0,514

Fonte- IPEA/Atlas do Desenvolvimento Humano do Brasil/Perfil Municipal 2003

O hiato do desenvolvimento humano, distância entre o IDH do município e um limite máximo de IDH, foi reduzido em 26,5%. Mantendo-se esta taxa de crescimento, o município levaria 13,9 anos para alcançar São Caetano do Sul, em São Paulo, município com o melhor IDH do Brasil, que é de 0,919, e 7,6 anos para alcançar Fortaleza, município com melhor IDH do estado 0,786 (IPEA, 2003).

Com esse IDH-M de 0,653 Groaíras está entre os municípios considerados de médio desenvolvimento humano (IDH entre 0,5 e 0,8). Comparado aos 5507 municípios brasileiros, Groaíras apresenta-se numa situação ruim, pois se classifica na 3716ª posição, tendo 3715 municípios brasileiros (67,5%) em situação melhor e 1791 (32,5%) em situação pior ou igual. Comparado com os demais municípios do estado da Ceará, Groaíras apresenta-se em posição boa, ocupando a 43º lugar, tendo 42 municípios (22,8%) em situação melhor e 141 (77,2%) em situação igual ou pior.

4.1.4. Organização do Sistema de Serviços de Saúde.

O município de Groaíras está habilitado na Gestão Plena do Sistema Municipal, sendo responsável, conforme regulamentação da NOAS/SUS 2002, por

todas as ações de saúde de sua população. Nesse nível de gestão o município não só é responsável pelas ações da Atenção Básica, como também o é pelas ações de média e alta complexidade. As ações de média e alta complexidade tanto podem ser oferecidas no território do município, como podem ser referenciados para outros centros a depender do processo de regionalização e pactuação das ações de saúde.

Em virtude de Groaíras ser um município de população pequena e localizado próximo a Sobral, município sede da micro e macro-região de saúde, a maioria das ações de maior complexidade são referenciadas para Sobral, e em alguns casos para Fortaleza.

No que se refere à Atenção Básica, o município tem cadastrado no Ministério da Saúde três Equipes de Saúde da Família, que seriam responsáveis por 100% de cobertura desse nível de assistência. O processo de territorialização do município foi estruturado de modo que uma ESF seria responsável pela cobertura da maioria da população urbana, uma segunda ESF seria responsável pela cobertura de grande contingente da população rural e a terceira equipe seria uma equipe mista, responsável pela cobertura de parte da população urbana e parte da população rural. Todavia, conforme registros do Livro de Atas do CMS e depoimentos de alguns entrevistados essas equipes estavam incompletas e não vinham funcionando adequadamente, desenvolvendo um modelo de assistência que mais se aproxima do pronto atendimento, do que de ações programadas e demanda organizada como preconiza o PSF.

Em relação à média e alta complexidade, o município possui um hospital municipal dotado de 10 leitos, sendo 03 obstétricos, 03 pediátricos, e 04 de clínica médica. Esse hospital é dotado de serviço de Raio-X, que parece funcionar de forma irregular, prestando esse serviço poucas vezes na semana. O município também possui um serviço de Fisioterapia, mantido pela SMS, que funciona regularmente todos dias da semana em horário comercial (BRASIL, 2005). Como visto o município prestava em seu território apenas as mais elementares ações de média complexidade, referenciando as outras ações que não tem capacidade técnica de executar. No entanto, mesmo as poucas ações que são prestadas pelo município constituem-se em objeto de constantes reclamações e protestos da população local, em virtude da dificuldade de acesso e da qualidade da assistência prestada.

A rede de serviços do sistema municipal de saúde de Groaíras, conforme se observa no Quadro 07, é composta por duas Unidades de Saúde da Família, dois Centros de Saúde e um Hospital municipal, que abriga em seu anexo o serviço de Fisioterapia.

Quadro 07
Estrutura Física do Sistema de Saúde de Groaíras, 2003.

02- USF
02- Centros de Saúde
01- Hospital
01- Serviço de Fisioterapia

Fonte- Brasil/Ministério da Saúde/DataSus, 2005

Além dessas unidades principais existem alguns pontos de atendimento localizados nos povoados, que servem de local de atendimento nas eventuais e esporádicas visitas de profissionais de saúde.

4.2. Funcionamento do Conselho

O município de Groaíras teve seu Conselho Municipal de Saúde criado em 30 de junho de 1989, ainda com o nome de Comissão Interinstitucional Municipal de Saúde – CIMS. A sua criação se deu ainda sob a vigência do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde - SUDS, anteriormente a criação do SUS e da Lei 8142/90, e foi impulsionado pelas iniciativas de fomento à participação popular desenvolvida por esse sistema.

A criação dessa comissão em Groaíras se deu sem nenhuma normatização legal de obrigatoriedade do município em criar tal instância de participação. Também não foi possível se apoiar em nenhuma legislação de âmbito nacional ou estadual que lhe desse suporte ou orientação legal para a criação e composição, visto que a Lei 8142, que regulamenta o exercício e a organização do Controle Social no Brasil, só foi criada mais de um ano depois, no último trimestre de 1990.

Assim, a institucionalização do Controle Social no município de Groaíras surge não como uma atitude imposta pela legislação, ou para o município implantar determinado tipo de serviço ou se habilitar em determinado nível de gestão, mas

sim, por uma iniciativa do poder público local juntamente com sociedade organizada, a fim de que se pudesse desencadear uma mobilização da comunidade local e o envolvimento da população nos problemas de saúde que atingem o município.

Com relação aos aspectos legais, CIMS foi criada sem a existência de uma lei que a fizesse existir do ponto de vista jurídico municipal e os registros de sua criação encontram-se apenas no Livro de Atas do CMS de Groaíras. A composição dessa primeira comissão se dá desobedecendo aos padrões de paridade, hoje obrigatórios nos conselhos de saúde, mas com uma característica que chama a atenção, o número de conselheiros representantes dos usuários é superior ao número de conselheiros representantes dos prestadores, conforme observado no Quadro 08.

Quadro 08
Composição da CIMS de Groaíras, 1989.

Segmento	Entidade
Prestadores	Prefeitura Municipal
	Secretaria Municipal de Saúde
	Representante das Escolas Municipais
Usuários	Sindicato do Trabalhadores Rurais
	Fund. Beneficente Artur Guimarães
	Associação Comunitária da COHAB
	Igreja Assembléia de DEUS

Fonte- Groaíras/Livro de Atas do Conselho CMS: 01

Em 05 de setembro de 1989, o prefeito municipal sanciona a Lei 227/89 que cria o Conselho Municipal de Saúde de Groaíras e da outras providências. Essa lei criou legalmente o CMS de Groaíras, embora, a CIMS instituída três meses antes exercia o papel equivalente ao conselho. Deve-se destacar aqui, que o Conselho Municipal de Groaíras utilizou como Livro de Atas o mesmo livro utilizado pela CIMS, dando sequência aos registros das reuniões sem nenhuma alteração ou ressalva. Também se destaca que não houve alteração dos conselheiros, sendo os conselheiros empossados na CIMS que passaram a ser os Conselheiros Municipais de Saúde.

Quando da realização dessa pesquisa, de março a junho de 2005, em várias visitas ao município e várias solicitações às autoridades locais de saúde, conselheiros e ex-conselheiros, não foi possível encontrar nos arquivos do CMS ou da SMS cópia da Lei 227/89 que criou o CMS de Groaíras, não sendo possível uma análise das funções, competências e responsabilidades do conselho em sua formação primária, bem como a análise da sua composição inicial. No entanto, em

26 de fevereiro de 1992 o prefeito municipal promulga a Lei 263/92 que da nova redação à Lei 227 de 05 de setembro de 1989 (GROAÍRAS, 1992). A análise dessa nova lei torna-se imprescindível para o entendimento do funcionamento do conselho de saúde do município, bem como sua consonância com a legislação federal, haja visto que nesse período a Lei 8142/90 já havia sido proclamada.

A característica e a natureza do CMS de Groaíras esta definida no Art. 1º da Lei Municipal 263/92, conforme se pode observar:

O Conselho Municipal de Saúde é o órgão máximo de saúde do município de Groaíras, ao que caberá normatizar e deliberar sobre a política municipal de saúde, compatibilizando-a com a política estadual, através do SERVIÇO ÚNICO DE SAÚDE-SUS do município, vinculado a secretaria de saúde (GROAÍRAS, 1992).

Ao se analisar a natureza e a característica geral do CMS de Groaíras pode-se concluir que o mesmo está em consonância com as determinações definidas nacionalmente pela Lei 8142/90, que regulamenta o exercício e a organização do Controle Social no Brasil (BRASIL, 1990).

No que tange às atribuições do conselho, o CMS de Groaíras também se coloca em consonância com as atribuições definidas pela Lei 8142/90 que em seu Art. 1º, Parágrafo 2º institui que os conselhos de saúde devem “atuar na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde na instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros” (BRASIL, 1990). Visto que, a Lei Municipal 263/92 em seu Art. 2º, Parágrafos I, II, III, IV, atribui ao CMS de Groaíras as seguintes competências:

- I- Definir, acompanhar e avaliar a política de saúde do município, através da participação na elaboração do plano de saúde;
- II- Acompanhar, avaliar e analisar a execução de programação do Plano Municipal de Saúde, a aplicação de recursos e a prestação de contas periódicas;
- III- Discutir e apresentar sugestões que efetive a solução dos problemas de saúde da população local, assessorando o governo municipal nas ações na área de saúde;
- IV- Promover a iniciativa popular através da participação da comunidade nos assuntos relativos a saúde. (GROAÍRAS, 1992).

Ainda no que diz respeito as atribuições do CMS de Groaíras, o Regimento Interno do referido conselho, aprovado em reunião do conselho no dia 27 de fevereiro de 1992, um dia após a promulgação da Lei Municipal 263/92, também ratifica as atribuições do conselho de Groaíras em consonância com a legislação

federal, conforme se observa em seu Art. 3, Parágrafos I, II, III, IV, do Regimento Interno do CMS de Groaíras:

- I- Definir, coordenar, acompanhar, e avaliar a política municipal de saúde;
- II- Possibilitara legítima participação dos vários segmentos da sociedade groaírensense no planejamento e gestão do SUS em Groaíras;
- III- Promover a utilização plena operacional da rede pública, bem como das entidades filantrópicas com ênfase na parte preventiva, em caráter complementar, no município;
- IV- Promover a reorganização da rede de serviços com vistas a estabelecer um modelo assistencial adequado às necessidades e peculiaridades locais, em consonância com a política estadual firmada para o setor. (GROAÍRAS, 1992b).

O Conselho de Saúde, conforme estabelecido na Lei Municipal 263/92 e no Regimento Interno do conselho, é composto por 16 membros titulares, com os seus respectivos suplentes, sendo metade de representante dos usuários e a outra metade de representante dos gestores, prestadores de serviço e profissionais de saúde, conforme estabelece a Lei 8142/90. A composição do conselho pode ser observada no Quadro 09:

Quadro 09
Composição do CMS de Groaíras, 1992.

Segmento	Entidade
Prestadores	Secretaria Municipal de Saúde
	Secretaria Estadual de Saúde
	Hospital Joaquim Guimarães
	Secretaria Municipal de Educação
	Secretaria Municipal de Agricultura e Abastecimento
	EMATERCE
	Profissionais de Nível Superior
	Profissionais de Nível Médio
Usuários	Câmara Municipal de Groaíras
	Sindicato do Trabalhadores Rurais
	Fundação Beneficente Artur Guimarães
	Associação de Moradores da COHAB
	Associação Comunitária de Marrecas
	Associação Comunitária do Itamaracá
	Associação Comunitária da Canafístula
Igreja Católica	

Fonte- Groaíras/Lei Municipal 263/92 e Regimento Interno do CMS de Groaíras

Com relação à composição do CMS de Groaíras, esse contempla todas as categorias que devem fazer parte do conselho e, em princípio, tem uma composição paritária entre prestadores e usuários. No entanto, algo chama a atenção, a presença de um representante da Câmara Municipal de Vereadores de Groaíras no

quadro de representação dos usuários, tal situação demonstra um equívoco na atuação dos atores sociais desse município. Os vereadores não necessitam ocupar o espaço destinado aos representantes dos usuários no conselho de saúde a fim de que possam desempenhar um papel ativo na construção do sistema de saúde municipal. Eles fazem parte de um outro poder, o poder legislativo, que deve ser parceiro e caminhar em sintonia com os conselhos de saúde, a fim de que ambas instituições possam contribuir mutuamente para o desempenho da saúde local, sem, no entanto, confundirem os seu papéis e nem ocuparem os espaços destinados ao outro.

De acordo o Parágrafo 3º do Art. 3º da Lei Municipal 263/92 e o Art. 7º do Regimento Interno do CMS de Groaíras, O tempo de mandato do conselheiro é de dois anos, sendo permitida a recondução por igual período. No entanto, um fato, inscrito no Art. 6º do Regimento Interno do CMS de Groaíras, chama a atenção em relação à posse e ao mandato dos conselheiros:

Art. 6º- A definição do colegiado e mandato de seus integrantes, guardarão proporcionalidade com o ciclo de renovação dos Poderes Legislativo e Executivo do Município (Groaíras, 1992b).

Tal situação de coincidência entre o mandato dos conselheiros e o mandato de prefeito e vereadores, explícita e regulamentada no Regimento Interno do conselho, tende a contribuir para o enfraquecimento do exercício do Controle Social, haja visto que após um pleito eleitoral é comum desenvolver-se nos municípios, especialmente nos de pequeno porte, um clima de revanchismo e perseguição. Diante desse quadro, a escolha dos representantes dos conselheiros de saúde, especialmente dos usuários, pode ser influenciada por essa situação perniciosa, que poderá influenciar negativamente no desempenho do conselho por todo o período de mandato desses conselheiros.

4.2.1. Instalação e Formação Inicial.

Como visto no item anterior a instalação do conselho de saúde de Groaíras se dá anteriormente à sua criação legal. Em 30 de junho de 1989 o município instala a Comissão Interinstitucional Municipal de Saúde, desprovida de qualquer marco legal

ou regulatório, e somente dois meses após é que o prefeito municipal homologa a Lei Municipal 227/92 que cria o CMS de Groaíras.

Para se compreender o processo de criação, instalação e formação inicial do conselho de Groaíras é necessário levar em consideração que esse processo inicial se caracterizou por uma falta de sequência lógica jurídica/administrativa, uma descontinuidade na frequência das reuniões e um processo irregular de composição do conselho e posse de conselheiros.

Com relação a falta de sequência lógica jurídica/administrativa já foi abordado o fato de primeiro ter se dado a instalação do conselho e só depois ocorreu sua criação legal. Tal situação pode sugerir o comprometimento das autoridades sanitárias locais da época, em fomentar a participação social e envolver os cidadãos do município nas questões relacionadas à saúde. E associado a isso, ainda se pode sugerir um bom nível de organização social do município, no que se refere aos movimentos populares, representados no conselho por meio do Sindicato dos Trabalhadores Rurais de Groaíras, Fundação Beneficente Artur Guimarães e Associação Comunitária da COHAB.

Com relação à frequência de suas reuniões, no ano de sua instalação o conselho de Groaíras apresentou uma grande descontinuidade na realização das mesmas, tendo no ano de 1989 realizado apenas três reuniões. A primeira delas foi a de instalação da CIMS, ocorrida no dia 30 de junho e sua pauta constou apenas da posse dos conselheiros, nada sendo discutido ou deliberado nessa reunião. Após essa reunião de instalação, o conselho passou por longo período sem se reunir, ocorrendo uma nova reunião em 11 de novembro do mesmo ano, quase cinco meses após. Além das questões cotidianas pertinentes à saúde do município, que exigiria um intervalo menor entre as reuniões, chama a atenção nesse período o fato de que em setembro desse ano, o executivo municipal homologa a Lei 227/89, que cria o CMS de Groaíras. E após essa homologação o conselho não se reúne para tratar das questões pertinentes a nova lei, inclusive a posse dos novos membros que deverão compor o conselho.

No que diz respeito à formação inicial do conselho e à posse de conselheiros, o CMS de Groaíras apresenta uma grande irregularidade no que diz respeito a esse assunto. Com exceção ata da reunião de instalação, que descreve o nome dos conselheiros e a entidade a qual representam, as atas das demais reuniões, nesse período inicial, nada relatam sobre qual é a composição do novo conselho nem

sobre a posse de novos conselheiros e suas respectivas entidades. No entanto, já na segunda reunião do conselho, corrida em 11 de novembro de 1989, a ata já registra como conselheiros de saúde um representante da Empresa de Assistência Técnica e Extensão Rural do Ceará-EMATERCE, um representante do Centro de Saúde e um representante da Coordenação dos Agentes Comunitários de Saúde. Também na última reunião do ano, ocorrida em 24 de novembro, esses mesmos representantes são registrados como conselheiros, sem também ter havido qualquer alusão à indicação por suas entidades ou a posse desses novos conselheiros. Tal situação demonstra fragilidade organizacional do CMS de Groaíras no que tange à sua composição e estruturação.

4.2.2- Frequência das Reuniões.

Mesmo sem o acesso a Lei Municipal 227/89, é possível inferir que essa não trazia referências em relação a frequência das reuniões do conselho, visto que, segundo registro do Livro de Atas, os conselheiros em algumas oportunidades discutiram sobre a frequência das reuniões e deliberaram sobre sua periodicidade. Em reunião do dia 11 de novembro de 1989, segunda reunião do CMS, o conselho discutiu tal temática, deliberando pela “realização de reuniões quinzenais às sextas-feiras” (GROAÍRAS, Livro de Atas do CMS. 1998-2004: 02). No entanto, o conselho continua a apresentar irregularidades na frequência das reuniões, não conseguindo manter a periodicidade que estabelecera.

Em 02 fevereiro de 1990, o conselho volta a discutir o assunto da frequência das reuniões, deliberando dessa vez por reuniões mensais a serem realizadas na última sexta-feira de cada mês. O que também não é cumprido pelo conselho, com vários meses sem realização de reuniões.

Em 1992, dá-se a aprovação e homologação da Lei Municipal 263/92 que dá nova redação a Lei 227/89 que “cria o conselho municipal de saúde de Groaíras e dá outras providências”. Essa lei trata das questões referentes ao conselho de saúde como a sua natureza, finalidade, competência, composição e mandato dos conselheiros, no entanto, não aborda, em nenhum dos seus capítulos ou parágrafos, as questões pertinentes a periodicidade das reuniões. Todavia o Regimento Interno do CMS de Groaíras, discutido e aprovado um dia após a homologação da referida

lei, traz em seu Capítulo V, a regulamentação sobre a frequência das reuniões, conforme constatamos:

Art. 15- O CMS reunir-se-á ordinariamente uma vez por mês, de acordo com o calendário pré-estabelecido e aprovado, e extraordinariamente, tantas vezes quantas forem necessárias (Groaíras, 1992b)

Este capítulo do Regimento Interno do conselho se constitui como marco regulatório da frequência das reuniões, que até então, apesar de duas deliberações do conselho pertinentes a esse tema, não possuía regulamentação documental. No entanto, o que se pode constatar na análise o Quadro 10, demonstrativo das reuniões do CMS de Groaíras, é que a frequência das reuniões do conselho se mantém em uma periodicidade irregular, com a maioria dos anos apresentando um número de reuniões inferior ao preconizado pelo Regimento Interno do conselho.

Ao se analisar a frequência das reuniões do CMS de Groaíras nesses 16 anos, pode-se observar uma grande irregularidade da frequência de suas reuniões. A primeira irregularidade observada é que o conselho em nenhum dos anos conseguiu realizar as 12 reuniões mensais ordinárias, conforme regulamenta o Regimento Interno. Também se destaca na análise do quadro o contraste entre alguns anos em que ocorreram um grande número de reuniões (1990, 1998 e 2003) e os demais anos em que a frequência das reuniões foi bastante diminuta.

A frequência elevada nesses três anos poderia sugerir um funcionamento ativo e regular do conselho, todavia no ano de 1990, quando foram realizadas 13 reuniões do CMS, se observa que muitas das reuniões ocorreram em um mesmo mês, ao passo que o conselho permaneceu vários meses sem se reunir. No mês de fevereiro deste ano, o conselho se reuniu quatro vezes e no entanto, passou por um período de cinco meses, entre os meses de março e agosto, sem que ocorressem reuniões. Situação semelhante também caracteriza o ano de 1994, quando se observa um irregular funcionamento do conselho, apesar da elevada frequência das reuniões.

Desta forma, pode-se concluir que o CMS de Groaíras, nesses 16 anos de existência, apresentou grande irregularidade na periodicidade das reuniões, evidenciando um descomprometimento no exercício do Controle Social, visto que, torna-se incompatível a manutenção de uma agenda regular de discussão e

deliberação sobre os problemas de saúde do município, com uma frequência tal baixa de reuniões do conselho.

Quadro 10
Reuniões realizadas pelo CMS de Groaíras, 1989-2004.

Ano	1989	1990	1991	1992
Data da Reunião	30 de Junho 11 de Novembro 24 de Novembro	19 de Janeiro 25 de Janeiro 02 de Fevereiro 08 de Fevereiro 10 de Fevereiro 23 de Fevereiro 02 de Março 31 de Agosto 19 de Setembro 26 de Setembro 02 de Novembro 15 de Novembro 23 de Novembro	15 de Janeiro 25 de Janeiro 01 de Fevereiro 01 de Junho 10 de Junho 03 de Setembro	07 de Fevereiro 27 de Fevereiro 15 de Abril 14 de Julho 31 de Outubro 08 de Dezembro
Ano	1993	1994	1995	1996
Data da Reunião	30 de Janeiro 07 de Abril 16 de Junho 25 de Outubro	18 de Janeiro 11 de Abril 19 de Abril	13 de Janeiro 18 de Abril 18 de Maio 22 de Novembro	18 de Abril 24 de Abril 11 de Agosto
Ano	1997	1998	1999	2000
Data da Reunião	30 de Janeiro 29 de Abril 16 de Junho 15 de Agosto 30 de Outubro	13 de Janeiro 10 de Fevereiro 20 de Março 30 de Abril 30 de Maio 24 de Junho 23 de Julho 11 de Agosto 13 de Setembro 12 de Novembro	05 de Março 14 de Abril 31 de Maio 03 de Agosto	30 de Março 02 de Maio 20 de Junho 29 de Junho
Ano	2001	2002	2003	2004
Data da Reunião	10 de Junho 23 de Outubro 12 de Novembro	17 de Janeiro 17 de Abril 15 de Maio 19 de Junho 17 de Julho 14 de Outubro	30 de Janeiro 28 de Fevereiro 10 de Abril 30 de Maio 27 de Junho 31 de Julho 29 de Agosto 02 de Setembro 08 de Setembro 17 de Outubro 03 de Dezembro 08 de Dezembro	08 de Janeiro 05 de Março 04 de Maio 10 de Maio 21 de Maio 04 de Junho 30 de Setembro

4.2.3. Composição do Conselho

Conforme já descrito nos itens anteriores o CMS de Groaíras apresenta a peculiaridade de ter sido instalado anteriormente à sua criação e em virtude disso a sua composição inicial não seguiu nenhum critério legal estabelecido. Todavia, alguns meses após a criação do conselho, o executivo municipal homologa sua lei de criação. Na realização da segunda reunião do conselho, apesar do conselho já possui um marco regulatório legal, a Lei Municipal 227/89, esse não empossa formalmente os seus conselheiros e em nenhum momento dessa reunião é feita qualquer referência a citada lei ou a nova composição do conselho. Todavia, as atas a partir desse momento registram uma série de novos conselheiros, alguns deles inclusive com frequência regular, sem que o conselho os tenha empossado.

Essa situação de indefinição da composição do conselho mantém-se da sua instalação até o ano de 1992, quando em 26 de fevereiro é sancionada a Lei Municipal 263/92, que no se Artigo 3º trata da nova composição do conselho (Quadro 11).

Quadro 11
Composição do CMS de Groaíras, 1992.

Segmento	Entidade
Prestadores	Secretaria Municipal de Saúde
	Hospital e Maternidade Joaquim Guimarães
	Secretaria Estadual de Saúde
	Secretaria Municipal de Educação
	Secretaria Municipal de Agricultura e Abastecimento
	EMATERCE
	Profissionais de Saúde Nível Superior
	Profissionais de Saúde Nível Médio
Usuários	Câmara Municipal de Groaíras
	Fundação Beneficente Artur Guimarães
	Sindicato do Trabalhadores Rurais
	Sociedade Comunitária de Habitação Popular
	Associação Comunitária de Marrecas
	Associação Comunitária de Itamaracá
	Associação Comunitária de Canafístula
	Igreja Católica

Fonte- Groaíras/Lei Municipal 263/92

De acordo com essa nova composição pode-se observar a intenção de se instituir um conselho com composição paritária entre usuários e prestadores. Observar-se na composição destinada aos prestadores a presença de

representação de profissionais de saúde, de representação da secretaria de saúde do estado, da EMATERCE e de várias secretarias do município. No entanto, o segmento dos usuários, como já comentado anteriormente, apresenta uma séria irregularidade que é a presença de representação da câmara de vereadores. Tal situação se constitui como ocupação indevida do espaço de representação popular, visto que, o importante papel desempenhado pelo vereador na defesa da saúde deve ser desenvolvido em outros espaços, em parceria com o CMS, e não fazendo parte desse.

Essa composição do conselho perdura por mais de cinco anos, sendo alterada em 29 de abril de 1997. Essa alteração se deu em reunião do conselho, sem mudanças na Lei 263/92 e foi justificada pela “necessidade de adequação do conselho a realidade local”. Conforme registro do Livro de Atas, o CMS de Groaíras passou a ser “composto por 11 membros, sendo cinco de órgãos governamentais, cinco de órgãos não governamentais e um nato, que é a “Secretária de Saúde” (GROAÍRAS, Livro de Atas do CMS, 1989-2004: 37).

Quadro 12
Composição do CMS de Groaíras, 1997.

Segmento	Entidade
Membro Nato	Secretária Municipal de Saúde
Órgãos Governamentais	Hospital e Maternidade Joaquim Guimarães
	Centro de Saúde
	Secretaria Municipal de Educação
	EMATERCE
	Câmara Municipal de Groaíras
Órgãos Não Governamentais	Sindicato do Trabalhadores Rurais
	Associação Comunitária da Caiçara
	Associação Comunitária da COHAB
	Associação dos ACS
	Coordenação dos ACS

Fonte- GROAÍRAS, Livro de Atas do CMS, 1989-2004: 37

Esta nova composição, demonstrada no Quadro 12, apresenta sérias irregularidades, de acordo o que é estabelecido pela Lei 8142/90 e pela Resolução 33/92 do CNS, e representa um grande retrocesso no processo de incentivo a participação popular e exercício do Controle Social. As irregularidades se iniciam com a instituição de um membro nato no conselho, condição que vai de encontro ao preconizado pela Lei 8142/90 e pela Resolução CNS 33/92, que regulamenta que o conselho deve ser formado por dois grupos: prestadores e usuários. Essa nova

condição desencadeia em uma outra grande irregularidade, a quebra da paridade. Quando se passa a ter seis representantes dos prestadores e cinco dos usuários. A nova composição também mantém a representação da câmara de vereadores, agora fazendo parte do conjunto dos prestadores.

Com relação à representação dos usuários observa-se que das cinco vagas destinadas a esse segmento, apenas três são ocupadas realmente por representantes de usuários, visto que a representação dos ACS, bem como a sua coordenação deveria esta incluída na representação dos prestadores. Assim podemos concluir que dos 11 membros que fazem parte do conselho apenas três são de representantes dos usuários. Essa situação demonstra um estado de completo desrespeito a legislação vigente, despreparo e passividade dos conselheiros, especialmente do segmento dos usuários, por permitir, sem nenhum questionamento, essas imposições, que inibem e mutilam as possibilidades de participação dos setores populares.

Essa composição do CMS de Groaíras perdurou por menos de um ano, retornando posteriormente a composição preconizada pela Lei 263/92. Em reunião no dia 13 de janeiro de 1998, com a presença de representantes do CESAU, o conselho da posse aos novos conselheiros, obedecendo a sua composição legalmente constituída. Tal reunião é marcada por discursos dos conselheiros estaduais de saúde chamando a atenção da importância de se manter a paridade no conselho e garantir os espaços de representação do usuários.

Uma nova alteração do Conselho se dá em 17 de setembro de 2001, com a promulgação da Lei Municipal 398/01, que dá nova redação a Lei 263/92 e dá outras providências (GROAÍRAS, 2001). Essa nova lei que trata das questões pertinentes ao CMS de Groaíras como a sua natureza, finalidade, e competência, também altera a composição do conselho conforme exposto no Quadro 13.

Com essa nova composição, o CMS de Groaíras se estrutura contemplando as quatro categorias profissionais que devem fazer parte do conselho, de acordo o instituído pela lei 8142/90, e também contempla os critérios de proporcionalidade recomendados pela Resolução 33/92, do Conselho Nacional de Saúde, que recomenda uma divisão na representação dos prestadores em 50% para os profissionais de saúde e 50% para os prestadores públicos e privados (CNS/92).

Quadro 13
Composição do CMS de Groaíras, 2001.

Segmento	Entidade
Prestadores	Secretaria Municipal de Saúde
	Secretaria Municipal de Educação e Cultura
	Secretaria Municipal de Ação Social
	Hospital e Maternidade Joaquim Guimarães
	Profissionais de Saúde Nível Superior
	Profissionais de Saúde Nível Médio
	Profissionais de Saúde Nível Elementar
	Profissionais de Saúde Nível Elementar
Usuários	Associação Comunitária de Itamaracá
	Associação Comunitária do Paulo Malaquias
	Associação Comunitária da Cohab e Mutirão
	Associação Comunitária de Marrecas
	Associação Comunitária de Aroeiras dos Maciéis
	Associação Comunitária da Boa Vista
	Sindicato do Trabalhadores Rurais
	Igreja Católica Associação Comunitária de

Fonte- Groaíras/Lei Municipal 398/2001

Com relação ao tempo de mandato dos conselheiros, a Lei 263/92, o Regimento Interno do conselho e a Lei 398/01 são unânimes ao instituir o tempo de mandato de dois anos ao conselheiro, sendo possível a recondução para um novo mandato de mesmo período, conforme se observa a seguir:

Art 3º- ¶3º- Cada entidade local, relacionada no *Caput* do presente artigo, indicará o seu representante para o Conselho Municipal de Saúde, que terá mandato de 02 anos, permitida a recondução por igual período (GROAÍRAS, 1992).

Art 7º- O mandato dos conselheiros será de 02 (dois) anos, permitida a recondução por igual período (GROAÍRAS, 1992b).

Art. 11º- O mandato do Conselheiro de Saúde será de dois anos, permitido a recondução por igual período (GROAÍRAS, 2001).

Vale ainda ressaltar, que apesar das leis que normatizam o conselho e o seu Regimento Interno instituírem o tempo de mandato do conselheiro, a história do conselho de Groaíras é marcada pela constante mudança de representantes das entidades sem que isso fosse oficializado junto ao conselho, ou conselho procedesse com o desligamento e posse dos antigos e novos conselheiros. Segundo relato de alguns conselheiros, algumas dessas mudanças ocorriam de maneira informal com apenas a comunicação verbal à plenária no momento da reunião.

No que diz respeito à presidência do conselho, já na sua instalação, esse cargo foi assumido automaticamente pelo Secretário Municipal de Saúde, sem que houvesse qualquer discussão ou eleição. Com a saída desse secretário de saúde os seus sucessores também automaticamente assumiam a função de presidente do CMS. Essa atitude que pode ser considerada uma atitude de autoritarismo por parte do gestor ou de subserviência por parte dos demais conselheiros, e se torna ainda mais grave com a normatização, por meio da Lei Municipal 263/92, que em seu Art. 3º, ¶1º afirma que “o Conselho Municipal de Saúde terá como seu presidente o Secretário Municipal de Saúde do município” (GROAÍRAS, 1992). Também o Regimento Interno do conselho, normatiza essa condição, visto que o mesmo traz em seu Art. 5º “O CMS de Groaíras tem como membro nato o Secretário de Saúde do Município, o qual exercerá a função de presidente” (GROAÍRAS, 1992b).

Tal aparato legal revela uma cultura de sobrejacência das autoridades sanitárias, desrespeito à democracia e contradição, visto que, é instituído, inclusive no Regimento Interno que teve a aprovação de todos os conselheiros, que somente o secretário de saúde poderá conduzir o fórum que tem como uma de suas finalidades o fomento a participação da comunidade.

Essa situação perdura por nove anos e só é alterada com a promulgação da Lei Municipal 398/2001, que em seu Art. 8º institui que “O presidente do Conselho Municipal de Saúde será escolhido por votação entre os membros” (GROAÍRAS, 2001). A partir dessa abertura legal o Conselho Municipal de Groaíras, em reunião no dia 17 de abril de 2002, elege um usuário como seu presidente. Essa situação permite a reflexão de que a própria legislação do CMS do município possa ter inibido iniciativas de participação e despertar do espírito de liderança entre os usuários.

4.2.4. Frequência dos conselheiros

O CMS de Groaíras apresenta ao longo de sua história debilidades quanto ao registro preciso em suas atas dos fatos ocorridos nas reuniões. A maioria das atas apenas cita os fatos, discussões e deliberações ocorridas, sem, no entanto, fazer referência às propostas que estavam postas em discussão ou aos discursos dos atores que defendiam ou se opunham a tais propostas. No que diz respeito à frequência dos conselheiros, o registro incompleto do acontecido nas reuniões,

dificulta a identificação dos presentes nas reuniões e uma análise da frequência por representação.

Uma das maiores dificuldades encontradas foi o fato do Livro de Atas, em algumas reuniões destinadas à posse de novos conselheiros, trazer o registro da posse sem, no entanto, listar o nome dos conselheiros empossados, ou em algumas vezes, listar o nome dos conselheiros empossados sem listar as entidades às quais representam, impossibilitando uma identificação precisa dos representantes e suas entidades. Com o objetivo de superar essas limitações, buscou-se identificar a frequência dos conselheiros por meio das assinaturas presentes do livro de atas. No entanto, deve-se ressaltar que tal registro não é preciso, em virtude de em algumas atas serem identificadas falas de conselheiros, ao passo que não constava na frequência suas assinaturas.

A fim de melhor analisar a frequência dos conselheiros, buscou-se identificar os seus ciclos de mandato, identificando, imprecisamente, quatro gestões de conselho conforme apresentado no Quadro 14.

Quadro 14

Períodos de gestão dos Conselheiros de Saúde de Groaíras, 1989-2004.

1ª Gestão	2ª Gestão	3ª Gestão	4ª Gestão	5ª Gestão
30/fev/89 a 27/fev/92	27/fev/92 a 29/abr/97	29/abr/97 a 13/jan/98	13/jan/98 a 23/out/01	23/out/01 a 30/set/04

Fonte- Livro de Atas do CMS de Groaíras, 1989-2004

De acordo com a identificação possível da frequência dos conselheiros, observa-se que nas reuniões do CMS de Groaíras não há um predomínio de participação de um segmento, prestador ou usuário, em detrimento do outro. O conselho de Groaíras parece caracterizar-se pela frequência assídua da representação de determinadas entidades, tanto dos prestadores como dos usuários, e uma frequência irregular, ou quase ausente, de determinados representantes dos dois segmentos. Essa situação pode ser indicativa, da existência, em Groaíras, de um pequeno grupo, de pessoas ou entidades, verdadeiramente preocupadas e comprometidas com a saúde do município, e a

existência de um outro grupo, ainda não consciente da importância do Conselho Municipal de Saúde para o exercício do Controle Social e para o desenvolvimento da saúde do município.

A frequente ausência de determinados representantes às reuniões do CMS, despertou preocupação do conselho, que por diversas oportunidades discutiu esse assunto, deliberando inclusive por ações punitivas aos conselheiros faltosos. Um bom exemplo é a reunião ocorrida no dia 02 de fevereiro de 1990, que tratou dos assuntos referentes à ausência dos conselheiros, nessa reunião, após longa discussão entre os conselheiros, ficou deliberado que “o representante da entidade que faltar duas vezes consecutivas às reuniões do conselho será substituído por outro representante e ocorrendo o mesmo ao substituto a entidade será extinta do conselho” (GROAÍRAS, Livro de Atas do CMS, 1989-2004: 06). Embora o conselho tenha por diversas vezes deliberado por ações similares a essa, em nenhuma ocasião desligou qualquer conselheiro ou excluiu qualquer entidade por motivo de ausência, embora alguns conselheiros acumulavam diversas faltas consecutivas.

No que diz respeito à preocupação do conselho com a ausência de determinados conselheiros e suas estratégias de enfrentamento do problema, observa-se que o CMS de Groaíras faz a opção por tomar posicionamentos punitivos em detrimento das ações de educação e conscientização dos cidadãos. Tal postura, além de não buscar envolver os atores e entidades dispersas, pode ter contribuído para a cronicidade dessa problemática que tem permeando toda a história desse conselho.

4.3. Atuação do CMS e suas Deliberações

A fim de se compreender o exercício do Controle Social, exercido por meio do Conselho Municipal de Saúde de Groaíras, foi realizada análise das atas com o objetivo de se avaliar a atuação do conselho e suas deliberações frente aos problemas de saúde do município. No entanto, se faz necessário esclarecer as dificuldades encontradas em se proceder com a interpretação, sistematização e análise das informações, em virtude da maneira como foram redigidas as atas do conselho, as quais, na maioria das vezes, apenas citam as deliberações aprovadas, sem fazer referência a quais propostas estavam em discussão. Também com

relação às discussões ocorridas no conselho, as atas apenas citam que ocorreram discussões, sem relatar quem foram os atores que participaram do debate nem o conteúdo de seus discursos. Uma outra dificuldade encontrada foi o longo intervalo de tempo do estudo, 24 anos, durante esse período o conselho teve diferentes posturas frente aos problemas de saúde do município e, também nesse período, o próprio sistema de saúde brasileiro passou por diferentes conformações.

Após leitura das atas de todo período do estudo, 1989-2004, as informações, discussões e deliberações foram classificadas em dois grandes grupos, o primeiro, já abordado nos itens anteriores desse capítulo, diz respeito às ações e discussões do conselho referentes ao seu próprio funcionamento. A segunda foram as discussões e deliberações referentes ao seu papel de formulador das políticas de saúde, controlador da execução dessas políticas e fiscalizador da aplicação dos recursos financeiros referentes à saúde do município.

Dentro desse segundo grupo, emergiram três categorias caracterizadas de acordo à natureza dos assuntos a que abordam. A primeira categoria é composta pelas discussões e deliberações dos assuntos referentes ao Estado de Saúde da População e as Políticas Públicas de Saúde, a segunda categoria é composta por assuntos referentes a Organização e Funcionamento dos Serviços de Saúde, e, por fim, a terceira categoria é referente a Gestão Financeira e Prestação de Contas dos Recursos da Saúde do município.

4.3.1. Estado de Saúde e Políticas Públicas

Também aqui, como dito no Capítulo I, o estado de saúde é entendido como as condições gerais de vida e saúde de grupos populacionais específicos, determinadas pelas estruturas sócio-econômicas, demográficas, epidemiológicas e culturais. Dessa forma, o conteúdo dessa categoria está relacionado às discussões e deliberações do conselho que objetivaram identificar, analisar e compreender os modos de vida e situação sanitária do município, bem como às deliberações do conselho referentes às políticas públicas que objetivassem reverter o estado de saúde da população groaíense.

O estado de saúde da população e as políticas públicas de saúde sempre estiveram presentes na pauta de discussão e deliberação do conselho. Quando o

conselho de saúde de Groaíras foi criado, ainda como Comissão Intersetorial Municipal de Saúde, o sistema de saúde brasileiro estava organizado por meio dos SUDS e ainda não existia uma legislação que regulamentasse o funcionamento dos conselhos, o que não conferia a esses de responsabilidade de atuar na formulação das políticas de saúde municipais. No entanto, o conselho de Groaíras, mesmo sem um marco jurídico norteador, não se furtou a discutir as questões referentes ao estado de saúde de sua população e as políticas de saúde municipais.

Uma das questões que se destaca da atuação do conselho no que se refere às políticas de saúde, foi o seu papel desempenhado na implantação do Programa dos Agentes Comunitários de Saúde (esse programa apesar de receber a denominação de “programa” se constitui como estratégia de reorientação do modelo assistencial brasileiro). Quando da criação do conselho de Groaíras, o PACS era uma estratégia que havia sido idealizada no estado do Ceará e estava em processo de experimentação em alguns municípios do estado. Não havia uma legislação que regulamentasse o funcionamento do programa e o CMS de Groaíras teve um papel preponderante na estruturação e organização desse programa no município.

Já em sua primeira reunião após a posse, em 11 de novembro de 1989, o conselho discute e delibera qual deve ser o papel do ACS na comunidade, também nessa reunião fica decidido que a coordenadora do programa deve desenvolver atividades de educação em saúde nas comunidades, para diminuir a rejeição da população ao trabalho dos agentes. Um outro exemplo emblemático da resistência da população ao trabalho dos agentes e do papel a ser desenvolvido pelo conselho diante dessa problemática, foi discutido na reunião do dia 08 de fevereiro de 1990, quando o conselho chegou a seguinte conclusão:

Fica um tanto esclarecido que as Agentes de Saúde estão se sentindo oprimidas por falta de oportunidade e apoio. Esse problema só será solucionado com ajuda, como por exemplo, conscientizando o povo da comunidade por parte dos integrantes do conselho de saúde sobre a eficácia das Agentes de Saúde. Com isso ela vai adquirir credibilidade e como consequência um bom desempenho nas tarefas a serem desempenhadas (GROAÍRAS, Livro de Atas do CMS, 1989-2004: 07).

De acordo com essas deliberações e outras similares que se sucederam em várias reuniões, pode se perceber uma resistência ou descrença da comunidade com relação aos ACS, visto que trata-se de um profissional até então inexistente e o

desenvolvimento de um trabalho em saúde diferenciado do que a população está habituada a receber.

Além dessas questões referentes a resistência da população e as estratégias a serem desenvolvidas, o conselho tratou também de questões de ordem técnica, como por exemplo a deliberação ocorrida em 26 de setembro de 1990, que institui que os ACS devem apresentar relatório mensal de suas atividades. Também o conselho tratou de questões financeiras referentes ao PACS, na reunião de 31 de agosto de 1990, discutiu-se sobre a forma do pagamento do salário para os ACS, deliberando-se que o pagamento será efetuado diretamente pela coordenadora do programa. Já na reunião do dia 01 de fevereiro de 1991, ficou deliberado que o conselho iria desenvolver uma campanha para arrecadação de recursos com objetivo de comprar bicicletas para os agentes. Esses e muitos outros assuntos referentes ao desenvolvimento do PACS foram tratados nas reuniões do conselho, especialmente nos seus primeiros anos de existência, demonstrando a preocupação e compromisso desse conselho com o estabelecimento de uma nova estratégia de organização dos serviços de saúde.

Um outro tema que objetivou a melhoria da qualidade de vida da população groairense e que permeou as discussões no conselho foi o abastecimento de água e o esgotamento sanitário do município. Em seu segundo ano de existência, em uma reunião ampliada, realizada no dia 02 de novembro de 1990, com a presença de várias autoridades locais o prefeito municipal anuncia, que atendendo às reivindicações do conselho, o município, em convênio com a CAGECE, expandirá o serviço de abastecimento de água para periferia da cidade em 300 ligações. Embora em nenhuma das atas das reuniões anteriores o assunto tenha sido tratado ou relatado qualquer referência de solicitação ao prefeito, é inegável a conquista do conselho e da população do município com tal ampliação.

Ainda em relação à questão do esgotamento sanitário, por diversas vezes, esse assunto voltou a ser tratado no conselho. Como, por exemplo, em reunião do dia 08 de dezembro de 1992, quando uma conselheira usuária protestou contra falta de esgotamento sanitário em algumas ruas do município e reivindicou que o CMS e o executivo municipal buscassem as devidas providências. Já nos anos de 2003 e 2004 esse assunto foi tratado por diversas vezes, e as discussões giraram em torno de realização de Convênio com a FUNASA para implantação do Programa de Educação em Saúde e Mobilização Social-PESMS, que tinha como objetivo

fomentar a participação e a organização comunitária, e promover melhorias nas condições sanitárias da população. A celebração desse convênio beneficiou a população do município com 290 ligações de esgotamento sanitário e construção de 50 unidades sanitárias na zona rural. Todas as discussões e deliberações referentes a esse convênio, foram tratadas em diversas reuniões do conselho e evidencia a atenção dada por esse coletivo às questões sanitárias do município.

Os problemas referentes às carências nutricionais também foram assuntos constates de discussão no conselho. Embora os programas de combate a desnutrição, em suas três versões, Programa de Suplementação Alimentar, Programa de Combate às Carências Nutricionais - PCCN, e Bolsa Alimentação, sejam todos de iniciativa do governo federal e fazem parte de uma estratégia nacional de combate a fome. Não se pode deixar de reconhecer a postura decidida do conselho de Groaíras em implantar esses programas em seu território, objetivando o combate à desnutrição de sua população.

O primeiro relato do Livro de Atas referente a implantação do Programa de Suplementação Alimentar é datado de 25 de outubro de 1993, quando foi apresentado o programa ao conselho e após ampla discussão e esclarecimentos o CMS decidiu por sua implementação no município. A partir de então, várias discussões foram travadas com relação aos critérios de inclusão da população ao programa, a forma de distribuição do benefício e de quais os fornecedores que a prefeitura deveria adquirir os alimentos. Quando da mudança para o PCCN, o conselho prontamente referendou as mudanças, discutindo as ações que deveriam ser desenvolvidas para implantação do novo programa. Também posteriormente, por diversas reuniões, o assunto voltou a pauta e em todos os anos seguintes o conselho aprovou a continuidade do PCCN. Por fim, quando da mudança para o Bolsa Alimentação, o conselho procedeu de forma similar às outras vezes e referendou tal mudança, buscando cumprir os requisitos necessários para adesão do município ao novo programa.

As doenças reemergentes, especialmente cólera e dengue, também foram destaque nas discussões do Conselho de Groaíras. Essas doenças, que já haviam sido controladas no passado, voltaram, na década de 1990, a constituir problema de saúde pública. A cólera, que tem nas condições sanitárias inadequadas o ambiente favorável para a sua disseminação, atingiu seu pico epidêmico no Brasil em 1993, com 60.340 casos. A dengue, que teve seu vetor erradicado de vários países do

continente americano nas décadas de 1950-1960, retornou no final do século em decorrência de falhas na vigilância epidemiológica e mudanças sociais e ambientais (RISI JR; NOGUEIRA, 2002).

Essas duas doenças desencadearam grandes problemas na saúde do país, especialmente na região nordeste e o CMS de Groaíras não se furtou a discutir tal assunto e deliberar por estratégias que objetivasse combater tais epidemias em seu território. O conselho, em várias reuniões abordou tais assuntos buscando envolver os mais diversos segmentos sociais acerca do problema. Um bom exemplo que ilustra tal preocupação, foi a reunião ocorrida no dia 18 de abril de 1995, destinada exclusivamente para se discutir o problema da dengue e da cólera, ficando deliberado dentre outras coisas, a realização de mutirões na periferia da sede e zona rural do município, a fim de que se pudesse envolver essas populações para a solução do problema. Uma outra deliberação dessa reunião foi que os ACS ficariam responsáveis pela supervisão das cantinas escolares, supervisionando o armazenamento, o preparo e a distribuição da merenda escolar, dentro de sua micro-área. Atitudes como essa, demonstram que o CMS de Groaíras não se furtou do seu papel, frente a um grave problema que se desencadeou em seu território, assim como no restante do país.

Um outro problema referente ao estado de saúde da população, abordado com frequência no conselho, foi a questão da Mortalidade Infantil. A redução desse índice se constituiu como uma das metas prioritárias de todo estado do Ceará, na década de 1990. E o município de Groaíras, por ação decisiva do conselho de saúde, reduziu, como visto no ítem 4.1.3 desse capítulo, quase pela metade esse índice no período de dez anos. Dentre as muitas vezes que esse assunto foi tratado no conselho, destacam-se duas situações especiais, a primeira referente a realização de uma reunião no dia 13 de janeiro de 1995, com o objetivo exclusivo de discutir o problema da Mortalidade Infantil no município, sendo deliberado por várias ações assistenciais e de envolvimento social.

A outra situação diz respeito à preocupação do conselho com a elevação do índice de Mortalidade Infantil, no ano de 2002, quando foi deliberado pela realização de inquérito para identificar as causas da elevação do índice. Esse inquérito identifica que a maioria dos casos estavam associados a gravidez indesejada, ocorrida na adolescência, com mães que não faziam parte do programa de planejamento familiar e, em alguns casos, com uso de medicação abortiva. Tais

constatações fizeram com que o conselho, no dia 30 de maio de 2003, promovesse uma séria e ampla discussão sobre o assunto, chegando a conclusão que o município deveria mudar sua estratégia de ação, orientada agora, não mais apenas para o combate a diarreia e difusão da terapia de rehidratação oral.

No que diz respeito, mais especificamente, às políticas de saúde o conselho também desempenhou papel preponderante nas deliberações referentes ao modelo de gestão a ser implantado no município. As atas do conselho não trazem claramente, a partir de quando iniciou o processo de municipalização da saúde de Groaíras, no entanto, pode-se comprovar que esse processo ocorre ainda no início da década de noventa, visto que, na reunião do dia 19 de janeiro de 1990, o conselho discutiu quais os benefícios que foram alcançados pelo município com a municipalização. A realização de uma discussão sobre os benefícios da municipalização da saúde antes mesmo da criação do SUS¹³, demonstra um certo grau de amadurecimento dos atores sociais envolvidos na construção do sistema de saúde local.

O grau de responsabilidade e o nível de gestão em que o município deveria se habilitar também foi motivo de discussões e deliberações do conselho. Em reunião, realizada no dia 16 de junho de 1997, o conselho delibera por adesão do município aos ditames da recém publicada NOB-96, e opta pela mudança de gestão, passando o município de Gestão Incipiente, modalidade de gestão estabelecida na NOB-93, para Gestão Plena da Atenção Básica-GPAB. Posteriormente, em 14 de outubro de 2002, o conselho delibera por nova mudança do nível gestão, passando o município agora para Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada-GPABA, conforme regulamentação da NOAS-2001. Por fim, em busca de um melhor nível de assistência e um maior leque de serviços de saúde a serem oferecidos pelo município, o conselho delibera, em 17 de outubro de 2003, por mais uma mudança do nível de gestão, passando agora à habilitação na Gestão Plena do Sistema Municipal – GPSM, conforme regulamenta a NOAS/2002.

É importante destacar, que a mudanças do nível de gestão em qualquer município, são impulsionadas pelas secretárias municipais de saúde, no entanto não se pode deixar de reconhecer a importante contribuição do CMS de Groaíras, frente a esse processo, o qual não se furtou, em diversas oportunidades, de discutir o

¹³ A criação do SUS aqui é entendida a partir da promulgação da Lei 8080/90 e 8142/90.

processo de municipalização da saúde e os benefícios que esta deveria desencadear para a sua população.

Para finalizar a análise das ações do conselho frente ao estado de saúde da população e às políticas públicas de saúde a serem implementadas, realizou-se uma análise a respeito dos Planos Municipais de Saúde discutidos e aprovados pelo conselho. No que tange a esse assunto, o Livro de Atas do conselho traz poucos registros referentes às discussões sobre os planos. Mesmo levando em consideração que as atas do conselho foram, em sua maioria, elaboradas de forma sucinta e sem o registro completo dos fatos ocorridos, transparece aqui, um superficial envolvimento do conselho referente à discussão e à aprovação dos Planos Municipais de Saúde. O conselho de Groaíras, em toda a sua história, aprovou três Planos Municipais de Saúde: 1993-1996; 1997-2000; e 2002-2005. Com exceção do último plano, 2002-2005, aprovado em 19 de junho de 2002, que desencadeou um amplo processo de discussão no conselho, os outros dois planos aprovados passaram por um insuficiente processo de discussão e envolvimento dos conselheiros, agindo o conselho muito mais como mero homologador da proposição da SMS do que como formulador das políticas de saúde a serem implementadas no período. Também, o conselho e o município omitiram-se diante de uma grave questão ocorrida, o município permaneceu um ano sem Plano Municipal de Saúde. Isso ocorreu em 2001, quando o plano anterior era vigente até 2000 e o conselho só aprovou um novo plano em junho de 2002. Essa situação demonstra que o conselho de saúde pouco estava atento às questões referentes do Plano Municipal de Saúde e de suas ações programáticas para o quadriênio vigente.

4.3.2. Organização e Funcionamento dos Serviços de Saúde

A organização e funcionamento dos serviços de saúde sempre foram objetos de discussões do CMS de Groaíras, numa perspectiva quantitativa, esses foram os assuntos que mais se fizeram presentes nas reuniões do conselho. Embora, em virtude de como foram redigidas as atas, não se possa estabelecer um limite preciso entre as discussões e as deliberações referentes ao funcionamento dos serviços, é possível se afirmar que a postura do conselho foi decisiva para as mudanças e reorganizações das práticas de saúde no município. Isso pode ser comprovado com

a presença constante de debates a respeito dessa temática nas reuniões, e a presença da secretária de saúde e dos responsáveis por determinados serviços, como os diretores do hospital e do centro de saúde, nas reuniões para participarem de debates referentes à organização e ao funcionamento dos serviços de saúde.

De acordo à característica e à natureza desses assuntos, esses foram sistematizados e agrupados em seis subcategorias a saber: qualidade do atendimento; estrutura física das unidades de saúde do município; comunicações de serviços implantados pela SMS; campanhas sanitárias; assistência farmacêutica; e marcação de exames de média e alta complexidade.

As discussões em torno do funcionamento dos serviços de saúde e a qualidade do atendimento permearam a pauta do conselho em toda a sua história. A análise das atas evidencia que os serviços de saúde de Groaíras, especialmente o hospital e o centro de saúde, têm um problema crônico de maus tratos aos usuários, e o que chama a atenção diante desse fato, é que a população do município e o conselho de saúde sempre estiveram atentos a essa problemática e sempre buscaram sua resolução no âmbito do CMS. Vejamos a seguir alguns exemplos que evidenciam a postura do conselho frente à qualidade do atendimento prestado pelos serviços de saúde de Groaíras.

Em sua terceira reunião após a posse, 19 de janeiro de 1990, um conselheiro representante dos usuários, apresentou o registro de um usuário que teria sofrido maus tratos por funcionários do centro de saúde. Essa denúncia gerou uma grande discussão dentro do conselho, que deliberou pelo agendamento uma reunião com os funcionários para que os mesmos pudessem prestar os devidos esclarecimentos. Tal reunião com os funcionários parece que não ocorreu, no entanto, o assunto volta a pauta do conselho, em reunião do dia 02 de fevereiro do mesmo ano, sendo aprovado pelo conselho que o diretor do centro de saúde deveria se reunir com todos os funcionários dessa unidade, esclarecendo quais as funções de cada um e o comportamento esperado deles.

A partir de então, em várias reuniões foram discutidas a humanização do atendimento prestado. Um outro exemplo, que chama à atenção foi o fato de que nos anos de 1993 e 1994, surgiram várias reclamações do atendimento prestado pelos profissionais médicos, levando a secretária de saúde a se reunir com esses profissionais advertindo-os da necessidade de mudarem sua postura no trato com a população, esse fato foi relatado pela secretária de saúde em reunião do dia 19 de

abril de 1994. Buscando soluções para tal problemática, o conselho, em reunião do dia 17 de abril de 2002, discute o Projeto de Humanização Hospitalar “Ver Nascer”, da Santa Casa de Misericórdia de Sobral, a ser implementado no município. As Atas do Conselho não trazem mais relatos sobre a implantação do referido projeto, no entanto, as discussões sobre a qualidade do atendimento e o acesso dos usuários persistem nas reuniões seguintes.

A estrutura física e de equipamentos das unidades de saúde, também foram alvo de discussões e ações do CMS de Groaíras desde as suas primeiras reuniões. Já em sua primeira reunião após a posse, realizada em 11 de novembro de 1989, o conselho solicita à prefeitura a reforma de um posto de saúde localizado na zona rural do município. Em diversas outras reuniões foram discutidas as necessidades de reforma do hospital, centro de saúde, postos de saúde da zona rural, como também construção de outras unidades de saúde, a exemplo das unidades de saúde da família. Também as questões referentes aos equipamentos foram por diversas vezes tratadas no conselho, têm-se exemplos dessa situação: a homologação de convênio com a FUNASA, em reunião do dia 15 de maio de 2002, para aquisição de aparelho de autoclave; as diversas discussões sobre a necessidade de aquisição de outros gabinetes odontológicos; e a homologação de convênio com o Ministério da Saúde, ocorrida em reunião do dia 30 de setembro de 2004, para implantação de uma lavanderia hospital e um gerador de energia no Hospital/Maternidade Joaquim Guimarães.

A terceira subcategoria diz respeito às comunicações da SMS ao conselho, sendo composta, em sua maioria, pelas ações técnico-administrativas ou referentes aos serviços, que devem fazer parte da rotina do gestor municipal de saúde. Comunicações sobre os horários e os dias de funcionamento de determinados serviços, a contratação de novos profissionais de saúde, o processo de informatização da SMS, o oferecimento de novos serviços como a visita puerperal e o teste do pezinho, a implantação da ficha de registro das visitas domiciliares dos ACS, a realização de nova territorialização, dentre outros.

No entanto, dentre essas comunicações, duas se destacam das demais em virtude de suas magnitudes. A primeira delas é a comunicação pela secretária, na reunião do dia 23 de julho de 1998, da implantação de um serviço de Fisioterapia municipal, sem a prévia discussão pelo conselho de tal necessidade ou ainda da origem dos recursos para implantação do mesmo. A implantação de um serviço de

assistência em Fisioterapia, considerado como atenção secundária, deveria ser, antes de implantado, discutido no âmbito do conselho, levando-se em consideração a necessidade epidemiológica e a disponibilidade dos recursos financeiros destinados à sua manutenção. Não devendo ser implantado por uma decisão da secretaria de saúde e só, posteriormente, comunicado ao conselho. A segunda comunicação também diz respeito à implantação de serviço sem prévia discussão no conselho, trata-se da implantação no município de um serviço de “Raio X” que só foi comunicado ao conselho quando as instalações físicas já estavam em construção. Em ambos os momentos, não houve nenhuma atitude de questionamento por parte dos conselheiros quanto ao desrespeito à instância que deveria ser responsável pela definição das políticas de saúde municipais, demonstrando um enfraquecimento da autonomia do conselho.

A quarta subcategoria esta relacionada com as discussões ocorridas no conselho referentes às campanhas que foram desenvolvidas no município. Essas campanhas tanto surgiram por iniciativa do próprio conselho, como a campanha de conscientização da população sobre a importância dos ACS, desenvolvida nos primeiros anos de existência do conselho. Como por parcerias com entidades estaduais, como a campanha de prevenção do Câncer do Colo de Útero, desenvolvida em parceria com o Hospital do Câncer do Ceará. Ou ainda, como por adesão às campanhas nacionais organizadas pelo Ministério da Saúde, como as campanhas de vacinação infantil e do idoso.

No entanto, no que diz respeito às campanhas, chama à atenção a preocupação do conselho com o desempenho dessas. Um bom exemplo disso foi o ocorrido na reunião do dia 17 de abril de 1997, quando o conselho discutiu os motivos da baixa cobertura de determinada campanha vacinal, buscando as estratégias de superação para as próximas campanhas. Esse exemplo demonstra uma postura ativa do conselho no que se refere à essas campanhas, não agindo o mesmo como mero homologador das decisões de âmbito nacional.

Um outro assunto que foi bastante discutido no conselho diz respeito à assistência farmacêutica municipal. Essa temática começa a ser abordada no conselho, a partir de 1990, na reunião do dia 19 de setembro, com o debate em torno do crescimento excessivo de usuários de medicação psicotrópica no município. Nessa reunião, o assunto foi debatido pelos conselheiros que identificaram a necessidade de maior controle das receitas e vendas desse grupo de

medicamentos. Já em 1998, em reunião no dia 30 de abril, o conselho delibera pela formação da Comissão Municipal de Assistência Farmacêutica, que tem como objetivo organizar toda a assistência farmacêutica municipal. Após esse momento, em várias reuniões, essa questão voltou a ser debatida no conselho, com posições opostas bem definidas: de um lado os representantes da secretaria de saúde buscando diminuir os tipos e quantidade de medicamentos disponibilizadas pelo município alegando indisponibilidade de recursos; e de outro, os usuários resistindo à diminuição das listas de medicação oferecida, alegando a carência da população que não teriam recursos financeiros suficientes para a aquisição desses remédios. Em meio a esse confronto, a Comissão Municipal de Assistência Farmacêutica, e mais precisamente, a farmacêutica responsável pela farmácia municipal organizou a Programação Pactuada de Medicamentos Básicos, ajustado ao teto financeiro, que foi aprovada pelo conselho.

Por fim, a sexta subcategoria diz respeito à marcação de exames de média e alta complexidade. Esse foi um dos temas que muito se fez presente nas reuniões do conselho, transparecendo que também se constitui como um dos nós críticos do sistema local de saúde groaírense. Esse problema surgiu em 1998, com a implantação da central de marcação de consultas no município de Sobral, quando a partir de então, para realização dos exames de média e alta complexidade naquele município, todas as consultas deveriam ser agendadas pela SMS de Groaíras junto a essa central. Em várias reuniões do conselho o assunto foi discutido, sendo levantado na maioria das vezes por conselheiros representantes dos usuários, que traziam relatos de pacientes que não conseguiam agendar os exames solicitados. Os questionamentos tornaram-se tão frequentes, que levou o conselho a discutir junto com a SMS, em reunião do dia 28 de fevereiro de 2003, a quantidade de exames pactuados na PPI e as reais necessidades do município. Nessa reunião, após ampla discussão chegou-se a conclusão que a marcação torna-se difícil em virtude da demanda ser muito superior ao número de exames pactuados, sendo esclarecido pela secretária de saúde a impossibilidade de aumentar o número de exames em virtude da limitação do município de Sobral, que tem que atender a toda a região.

4.3.3. Prestação de Contas e Gestão Financeira

Essa terceira Categoria é composta pelas discussões e deliberações do conselho que trataram das questões relacionadas aos aspectos econômicos e financeiros da saúde do município, bem como pelas discussões e aprovações dos Relatórios de Gestão da SMS. Essa área deve ser, segundo a Lei 8142/90, uma das áreas prioritárias de ação do conselho, pois os recursos destinados às ações de saúde municipal são administrados pelo gestor local devendo o conselho, não só deliberar pelas áreas prioritárias para alocação dos recursos como também fiscalizar a aplicação desses.

No entanto, essa foi uma questão que pouco ocupou a pauta de discussão do conselho de Groaíras. Contraditoriamente, um conselho que demonstrou considerável grau de interesse e maturidade ao tratar de algumas questões relacionadas ao estado de saúde da população, às políticas de saúde municipais, e a organização dos serviços de saúde, demonstrou fragilidade e desinteresse diante de seu papel de fiscalizador da aplicação dos recursos financeiros destinados à saúde.

Essa situação pode ser comprovada ao se analisar o processo de prestação de contas das SMS nos anos referentes a esse estudo, quando se verifica uma completa irregularidade nas prestações de contas, com alguns anos tendo as contas aprovadas trimestralmente, outros com as contas aprovadas anualmente e em muitos anos as contas não foram postas em discussão e nem aprovadas pelo conselho. A seguir apresenta-se uma síntese desse processo de aprovação das contas da SMS no conselho de Groaíras.

O primeiro relato de prestação de contas no conselho de Groaíras ocorreu em reunião realizada no 23 de novembro de 1990, quando na oportunidade o secretário de saúde explanou sobre a necessidade da SMS ter suas contas avaliadas e aprovadas pelo conselho de saúde, devendo esse processo ser realizado regularmente de forma trimestral. Na mesma reunião foram apresentadas as contas referentes ao primeiro trimestre do ano de 1989, e as do primeiro, segundo e terceiro trimestre de 1990, todas elas aprovadas por unanimidade pelos conselheiros. As contas do quarto trimestre de 1990 foram aprovadas em reunião do 15 de janeiro de 1991.

Nesse processo de aprovação das contas de 1989 e 1990, já se pode comprovar sérias irregularidades quanto ao acompanhamento da gestão financeira da saúde do município, visto que, para o ano de 1989, só foram apresentadas e aprovadas as contas referentes ao primeiro trimestre, ficando as contas dos outros três trimestres sem nunca terem sido discutidas ou aprovadas pelo conselho, e o que chama à atenção nesse fato é que nenhum conselheiro questionou sobre as contas de tal período.

As contas do ano de 1991, também só foram aprovadas as referentes aos dois primeiros trimestres, ficando as contas do segundo semestre sem nunca terem sido aprovadas ou discutidas pelo Conselho de Saúde. Além da não aprovação das contas referentes aos terceiro e quarto trimestres, o processo de aprovação das contas do segundo trimestre apresenta irregularidades. Isto pode ser comprovado pela incompatibilidade das datas do exercício financeiro e da prestação de contas. A reunião em que aconteceu a aprovação das contas desse período ocorreu em 10 de junho de 1991, período ainda vigente do segundo trimestre do ano, então, como pode a secretaria elaborar um balancete e o conselho aprovar as contas de um período ainda em exercício? Tal situação, é contabilmente impossível de acontecer, desencadeando dúvidas sobre possíveis irregularidades cometidas com esse ato.

O ano de 1992, dentre os 16 anos referentes à essa pesquisa, foi o único ano em que as contas da SMS foram aprovadas regularmente, de forma trimestral e em datas posteriores ao período das contas que estavam sendo aprovadas. As contas do primeiro trimestre foram aprovadas em 19 de abril de 1992, as do segundo, em 14 de julho de 1992, as do terceiro, em 31 de outubro de 1992 e por fim, as do quarto, em 30 de janeiro de 1993.

O livro de atas não traz nenhuma referência direta a qualquer debate ou aprovação das contas referentes ao ano de 1993, no entanto, a ata do dia 19 de abril de 1994, traz o relato de aprovação do Relatório de Gestão do ano de 1993. Esse documento, teoricamente, deve conter, em um de seus capítulos, o balancete do exercício financeiro da secretaria no referido ano. Dessa forma, acredita-se que a prestação de contas do referido ano tenha sido apresentada e aprovada nessa reunião, juntamente com os demais itens que deve conter o relatório. No entanto, surge a dúvida sobre a ausência de registro específico da prestação de contas, se isto seria por motivo de má redação da ata ou por não discussão desse assunto na reunião.

As contas do ano de 1994, só foram aprovadas às referentes ao primeiro trimestre, ficando o restante do ano sem qualquer discussão ou deliberação do conselho a respeito de tal assunto. Os anos de 1996 e 1997 tiveram uma situação similar ao de 1993, não tiveram a prestação de contas especificamente aprovadas, mas tiveram a aprovação de seus Relatórios de Gestão, sem nenhuma referência nas atas ao debate sobre a gestão financeira desses respectivos anos. Além disso, um outro fato chama a atenção, os Relatórios de Gestão dos dois anos foram aprovados juntos, em reunião do dia 20 de março de 1998. Essa situação evidencia, dentre outras coisas, a impossibilidade da devida fiscalização e acompanhamento da gestão financeira, visto que, determinadas contas só foram aprovadas dois anos após a sua execução, e isto se no Relatório de Gestão, realmente estiver contido a planilha do exercício financeiro desses anos.

Como prova da displicência do conselho, no que concerne ao acompanhamento da gestão financeira da SMS de Groaíras, os anos de 1998, 1999, 2000, e 2001 não tiveram suas contas discutidas nem aprovadas em nenhum momento e nem foram aprovadas qualquer Relatório de Gestão referentes a esses anos. Ou seja, o CMS de Groaíras vivenciou um período de quatro anos sem cumprir um de seus papéis principais, o acompanhamento da gestão financeira da saúde do município.

O ano de 2002, também sem discussão específica das contas, teve seu Relatório de Gestão aprovado em 17 de outubro de 2003. Já o ano de 2003, não teve Relatório de Gestão discutido ou aprovado, mas teve suas contas aprovadas integralmente em 21 de maio de 2004. E por fim, o ano de 2004, último ano da pesquisa, teve as contas do seu primeiro trimestre aprovadas em 04 de junho de 2004, e os outros três trimestres, até o período em que se findou essa pesquisa, junho de 2005, não tiveram suas contas apreciadas ou aprovadas pelo conselho.

Essa sucinta descrição a respeito do desempenho do conselho, em seus 16 anos de atuação, demonstra uma atitude de omissão frente ao seu papel de acompanhamento e fiscalização dos gastos públicos em saúde no município de Groaíras. Em nenhuma das atas, das 93 reuniões ocorridas nesse conselho no período de vigência dessa pesquisa, qualquer conselheiro, representante dos prestadores ou usuários, fez qualquer questionamento a respeito das contas que não foram apresentadas no período certo, ou das contas que nunca foram apresentadas.

4. O que dizem os atores

4.1- Primeiros passos

Como visto anteriormente nesse capítulo, o CMS de Groaíras foi criado em 1989, data anterior a promulgação da Lei Orgânica da Saúde, que, dentre outras coisas, cria e regulamenta os conselhos de saúde como instrumentos de exercício do Controle Social do SUS. Não existindo, no período de criação desse conselho, qualquer processo de normatização que indicasse como deveriam funcionar os conselhos de saúde. Diante disso, o conselho de saúde de Groaíras buscou organizar o seu funcionamento e as suas atribuições de acordo com a compreensão dos seus atores.

Dentre os entrevistados no município, o entrevistado GR02, apesar de não ser conselheiro de saúde no período da coleta dos dados, foi escolhido como sujeito desse estudo em virtude do mesmo ser fundador do conselho e, de acordo com as atas analisadas, ter desempenhado papel considerável para construção e consolidação do CMS de Groaíras. Por meio do discurso desse sujeito são desveladas algumas características importantes do funcionamento do conselho em sua fase inicial, contribuindo para a compreensão de sua organização e os marcos históricos que orientaram o seu desenvolvimento.

Em sua fase inicial o conselho de saúde de Groaíras atuava tanto na formulação de políticas, conforme regulamenta a legislação atual, como também na execução de alguns serviços de saúde, como, por exemplo, em campanhas de vacinação e prevenção de doenças específicas.

Bom, nós quando fundamos o conselho de saúde aqui em Groaíras, eu fui um dos fundadores, e quando a gente começou, a gente já começou uma campanha muito importante no conselho. Foi uma campanha de conscientização na base, nós “cumeceamos” com a campanha da poliomielite, então nós “cumeceamos” essa campanha que foi muito grande. Porque o primeiro passo que nós demos foi eu conseguir no estado, quando eu era conselheiro, foi nós criar os Agente de Saúde. (GR02)

Por meio da análise do discurso desse entrevistado, pode-se concluir que o conselho em sua fase inicial, mesmo sem regulamentação de sua responsabilidade na definição da política de saúde, teve a capacidade de se organizar e atuar em direção da definição de políticas que pudessem verdadeiramente contribuir para a

transformação da situação sanitária do município. Um bom exemplo disso é a discussão no âmbito do conselho da criação e organização do PACS. O Programa dos Agentes Comunitários de Saúde foi instituído nacionalmente em 1993, no entanto, em 1989, este foi discutido e implantado no município de Groaíras. Embora, deva-se levar em consideração que tal programa foi proposto pelo governo do estado do Ceará, que tinha por objetivo implantá-lo em todo o estado, não se pode deixar de considerar o compromisso e preocupações dos conselheiros de saúde de então, em implantar o programa no município.

Uma outra característica do conselho em sua fase inicial é a atuação deste em atividades que devem ser desempenhadas pelas entidades prestadoras de serviço da SMS. O desenvolvimento de atividades de prestação pelo CMS demonstra um nível de indefinição de qual deve ser o papel do conselho, sendo confundidas neste momento as atividades inerentes ao conselho, como definição de políticas e acompanhamento da sua execução, com as atividades inerentes a secretaria de saúde, como a realização de campanhas e prestação de serviços.

Outra questão relatada no discurso do entrevistado GR02 diz respeito ao interesse e à participação da população nas questões referentes à saúde do município e às ações do CMS.

Tinha uma participação verdadeira da população, verdadeira, toda população a sociedade civil gostava muito, apoiou muito esse nosso trabalho, nós "levamos" muita coisa boa para o campo e para o centro de saúde, aí depois que houve lá não sei o que, acho que foi isso, ele tirou o A. F. da Secretaria da Saúde e botou uma pessoa lá que não fez mais nada. (GR02)

Nesse primeiro momento de funcionamento do conselho parece existir um interesse da gestão municipal, especialmente do secretário de saúde, em envolver a população nos assuntos inerentes à saúde do município, incentivando a participação popular e debatendo junto com os movimentos populares as políticas que deveriam ser implementadas no município. Essa iniciativa de envolvimento da população parece ter ecoado em alguns setores, com destaque para as comunidades rurais que passou a acompanhar com mais atenção as ações de saúde e ter uma postura mais crítica e reivindicatória sobre os serviços de saúde oferecidos.

Todavia, em determinado momento, o conselho passou a contrariar os interesses do prefeito municipal e seu grupo político, desencadeando a demissão do

secretário de saúde e a desestruturação da proposta de incentivo a participação popular. Isso pode ser evidenciado em recortes do discurso do entrevistado GR02:

(...) aí eles viram que a verba tinha que ser aplicada mesmo, se fosse aplicada eles ficam sem receber alguma coisa, então aí, o A.F., que era secretário de saúde do município, foi tirado por causa desse nosso trabalho. (GR02)

(...) o pessoal que fazia parte do conselho, membros do conselho, quando eles lá assinava uma nova proposta ou contestava “algumas” coisa errada ele não era mais convidado pra fazer parte do conselho, parte de reunião. Eles praticamente tinham sido excluídos da reunião do conselho. Se fosse contra a opinião da secretaria de saúde era eliminado, aquela pessoa não era mais convidada, praticamente extinta, não era mais convidada. (GR02)

Diante desse contexto, pode-se concluir que o CMS de Groaíras, em sua fase inicial, atuou como fórum que tinha como propósito incentivar a participação da população e envolvê-la nas questões referentes à sua saúde. Todavia, com o despertar da consciência crítica e o desenvolvimento de uma postura fiscalizadora e questionadora, os interesses de determinados grupos políticos do município parecem ter sido ameaçados, sendo desenvolvidas ações para desarticular e inibir as iniciativas de participação popular e Controle Social.

4.2. Participação

As entrevistas realizadas em Groaíras, assim como as realizadas em Lafayette Coutinho, tiveram como objetivo inicial desvelar a compreensão que os atores tinham a respeito do termo participação. E em virtude disso as entrevistas também foram iniciadas com as perguntas “o que o sr^(a) entende por participação e qual a importância que o sr^(a) atribui da participação para a gestão do SUS?”

A partir dessa introdução que permitiu uma reflexão por parte do entrevistador e também do entrevistado, a respeito de sua compreensão sobre o termo participação, é que se desenvolveu a entrevista. Dentro dessa categoria emanaram algumas sub-categorias que serão discutidas a seguir.

Importância da participação

A importância da participação foi abordada pelos conselheiros como instrumento de fiscalização dos recursos financeiros repassados ao município e

como meio para a melhor compreensão dos problemas de saúde, contribuindo para definição de prioridades. Desta forma, a participação foi tratada como atividade meio, contribuindo como instrumento para se alcançar a atividade fim, que seria uma assistência à saúde de melhor qualidade e mais resolutiva. Nenhum dos conselheiros abordou a importância da participação como atividade fim, onde a participação teria uma razão de existência em si própria e os cidadãos participariam com o objetivo de interação e convívio social.

Dois dos entrevistados abordaram a importância da participação como instrumento de fiscalização da aplicação dos recursos financeiros repassados ao município. Segundo esses discursos, a importância da participação se concentraria no fato do processo participativo permitir a fiscalização, por parte dos cidadãos, da aplicação dos recursos destinados à saúde.

Eu acho assim, que é de importância fundamental porque o conselho é que fica fiscalizador daqueles recursos que o SUS repassa para os municípios e onde eles vão ser empregados, e se realmente existe Controle Social, se as pessoas conseguem dizer o que, que é mais prioritário pra elas aí fica melhor de alocar esses recursos. (GR04)

Bom, é aquilo que eu te falei, o conselho pro município e pro povo é muito importante, porque é o órgão que controla, que fiscaliza, né?! É um órgão que exige seus direitos, que a coisa é muito difícil se o gestor lá da saúde não tiver nenhum fiscalização como é que fica? (GR09)

O discurso do entrevistado GR04 extrapola o sentido de participação como instrumento fiscalizador da aplicação dos recursos, é possível abstrair desse discurso um outro sentido de participação, entendida pelo sujeito como instrumento de definição da alocação dos recursos. Aqui a participação, embora também entendida como atividade meio, ultrapassa a noção de controle e fiscalização, abrangendo os níveis de alocação e definição das áreas prioritárias para aplicação dos recursos existentes.

A importância da participação também é referida em alguns discursos como instrumento capaz de absorver as necessidades expressas pelas camadas populares e a partir dessas necessidades sentidas e manifestas melhor definir as políticas de saúde a serem implementadas.

Eu acho que é muito importante ter a participação popular, é fundamental, porque é lá do povo que se sabe o que é que precisa, o que é que necessita, como o que a população tá precisando. E os representantes de cada localidade, de cada entidade, seja usuário, seja profissional de saúde, também são responsáveis. (GR07)

Eu acho muito importante, né?! Porque os conselheiros eles estão a par do que as pessoas estão precisando, quais os problemas. (GR06)

Eu acho assim importante a participação de uma entidade como a igreja dentro do conselho, porque a gente fica sabendo o que acontece, como é feito o trabalho da saúde, feito com as pessoas que são atendidas, cabe ao conselho ver as prioridades das coisas que precisam né?! (GR03)

Esses discursos tendem a fetichizar o saber das camadas populares e sobrevalorizar o levantamento das necessidades sentidas, como instrumento suficiente para resolução dos problemas de saúde. Embora a participação popular e a expressão do saber dos usuários sejam imprescindíveis para a definição de políticas mais equânimes e resolutivas, esta é apenas uma das dimensões envolvidas no processo, não se pode deixar de considerar as dimensões técnicas, gerenciais e econômicas. Nesses discursos, a importância da participação se restringe a participação dos usuários e não a interação e valorização dos saberes de todos os segmentos envolvidos.

O discurso de um dos usuários desvela a frustração com o processo participatório que não atua para além da discussão, não tendo força de implementar as ações discutidas e definidas no conselho. Segundo o discurso desse sujeito a participação perde a sua importância por não se colocar em prática aquilo que é definido pelo conselho de saúde.

Rapaz, eu vejo uma grande importância desde que fosse botado em prática da forma que determina o regimento e a própria lei que constituiu o Conselho Municipal de Saúde. (GR08)

Pode-se observar nesse discurso o condicionamento da importância da participação à implementação das deliberações do conselho. O processo participatório perde a sua importância em virtude de não ser colocado em prática as suas deliberações. O discurso permite ainda concluir a perda da importância da participação em Groaíras visto que as decisões e deliberações não são postas em prática conforme determina a legislação em vigor.

Participação para melhoria da Assistência à Saúde

A associação entre participação e melhoria da assistência à saúde aparece de forma muito evidente em alguns dos discursos dos conselheiros de Groaíras, tanto de conselheiros usuários, quanto de conselheiros prestadores. Em alguns

discursos são estabelecidas relações de causa-efeito entre a participação e a melhoria da assistência à saúde, sendo reduzidos os determinantes de uma assistência a saúde de qualidade a simples existência, ou não, de um processo participativo.

Em outros discursos, a participação da comunidade, por meio dos conselhos de saúde, é vista como oportunidade para transformação das práticas de saúde. O discurso do entrevistado GR09 exemplifica de forma clara a compreensão de que os conselhos se constituem como espaços propícios à fiscalização e a condução para as mudanças da assistência prestada à comunidade.

Foi uma chance pra nós poder melhorar um pouco a nossa saúde, eu acho que nada melhor que o conselheiro tá lá “participando das reunião”, participando dos movimentos da secretaria de saúde, das compras de remédio, é... como é que tá sendo aplicado o dinheiro da saúde, como é que tá funcionando o hospital, se realmente tão, se os funcionários tão trabalhando direitinho, se os funcionários tão cumprindo com o seu papel direitinho, eu acho que pra mim o conselho é isso. (GR09).

A assistência hospitalar parece ser um problema crônico do sistema municipal de saúde e fator de constantes reclamações e descontentamentos da população groairense. Essa problemática permeou a pauta das reuniões do conselho por diversas ocasiões, não conseguindo o conselho encontrar soluções que otimizassem a assistência e diminuíssem as queixas da população.

Dos discursos que abordam tal problemática, dois deles se destacam por abordarem de forma clara a assistência hospitalar como problema constantemente discutido no conselho e por expressarem a participação como instrumento adequado para melhoria da assistência à saúde.

Então assim, a gente teve um problema muito sério no hospital, no atendimento hospitalar, toda vida teve aqui em Groaíras, devido o número de fichas, de médicos... Acho que a parte hospitalar ainda o Brasil inteiro tá sofrendo, então a gente chamava o diretor clínico do hospital, a chefia de enfermagem, todos pra vir debater no conselho por que acontecia de as vezes chegar gente do interior e não ser mais atendido, porque já preenchia aquele número de fichas, era vinte fichas, então a gente trazia pessoas, trazia profissionais da área de saúde que eles pediam pra prestar esclarecimento, né?! trazia dentista, bioquímico... pra dentro do conselho. (GR07)

(...) o Conselho de Saúde eu acho que é importante pra ajudar a população que fica em hospitais, (...) e eu vejo no nosso pequeno município que é uma dificuldade muito grande, a questão do hospital. A gente trabalhava muito no Conselho de Saúde a questão da convivência com os pacientes, que são na maioria pessoas do interior, que são pessoas humildes, que vêm atrás daquele auxílio, pequena coisa e chega aqui recebe um não. A gente se reunia todos os meses, o Conselho de Saúde,

discutindo isso, discutia muito sobre a convivência deles, para quando eles chegarem lá serem recebidos num ambiente bom. (GR01)

Isso, a gente sempre trabalhava na questão do atendimento do hospital, todo mês mudava a forma de atender, mas todo mês tinha confusão pro conselho de saúde resolver sobre o atendimento dentro do hospital. (GR01)

Diante desses discursos, pode-se comprovar a atenção dispensada pelo conselho na busca de alternativas que viessem a otimizar a forma de atendimento, objetivando a não exclusão de determinados segmentos, a exemplo da população da zona rural. Pode-se comprovar ainda, no discurso do entrevistado GR07, o estabelecimento do conselho como *locus* privilegiado para busca de soluções dos problemas referentes à assistência à saúde. Inclusive com a participação de atores que não estão na condição de conselheiros de saúde, mas que eram convidados para juntamente com os conselheiros, discutirem e apontarem soluções para os problemas assistências do município.

Participação dos Usuários

Essa subcategoria é composta pelos discursos que se referem ao interesse dos usuários pelo processo participativo e quais os principais determinantes e dificuldades para participação dos usuários. Um fato de destaque com relação a esse tema é que ele foi abordado majoritariamente pelos representantes dos próprios usuários que destacaram as questões referentes à participação dos seus pares.

O desempenho dos conselheiros é abordado por dois entrevistados, que avaliam como insuficiente a atuação dos conselheiros frente ao seu papel.

Eu acho que deveria ter mais desempenho dos conselheiros, por que os conselheiros não foram, nem todos têm aquele desempenho, aquelas opiniões devidas. (GR01)

Eu gostaria que o pessoal tomasse mais gosto, desenvolvesse mais.(GR05)

Pode-se observar nesses discursos referências ao desinteresse dos conselheiros pela participação. Essa temática também é discutida pelo entrevistado GR09 que descreve a situação da sua comunidade para exemplificar a grandeza do desinteresse pela participação.

Cidadão, nós somos novecentas e poucas pessoas, é o único distrito de Groaíras, a nossa associação é uma associação rica, vai dez pessoas participar, dez pessoas, o que que o sr. quer? (GR09)

Tal assunto é aprofundado pelo mesmo entrevistado que além de relatar o desinteresse dos usuários pela participação, chama a atenção da responsabilidade de cada conselheiro perante a sua comunidade. De acordo com o discurso desse ator, o conselheiro tem um compromisso, perante a sua comunidade, em estar participando, visto que assumiu a função de forma voluntária e não pode desonrar esse compromisso sobre o risco de prejudicar toda a comunidade que nele confiou.

(...) nós conselheiros muitas vezes a gente fica relaxado. Começa... um não vai a reunião, outro fica por lá, né?! e isso não é muito bom, isso atrapalha nosso próprio trabalho. Vou bater naquela tecla, já que a gente chegou lá no meio de nossos vizinhos, da nossa comunidade, aceitamos esse trabalho de fiscalizar, de procurar o direito deles, da nossa comunidade. (...) Se é que nós aceitamos esse trabalho devemos tá lá. (GR09)

A falta de interesse dos usuários pela participação é relacionada, por dois atores, ao fato da participação ser uma atividade voluntária. O entrevistado GR03 afirma que a principal dificuldade das entidades é dispor de pessoas interessadas em participar, e que o fato da participação ser uma atividade voluntária, esta se torna um empecilho para processo participatório.

Eu acho que é a dificuldade de, a maior dificuldade que as entidades são pessoas pra representar. Primeiro porque é voluntário, você tem que sair da suas entidade voluntariamente pra prestar um serviço e as pessoas não gostam de trabalhar voluntariamente, é um empecilho. (GR03)

Agora volto a dizer, acontece muito, muitas pessoas que: “Ah, num sei o que, eu não vou ganhar nada com isso e tal.” Mas eu sei que não tem, já que você num tá a fim de ganhar alguma coisa, você não concorra nesse cargo, você sabe que esse cargo é da comunidade pra comunidade, é um cargo que você vai lutar pelo que é seu, pelo seus amigos, pelo seus vizinhos, pelos seus colegas lá de comunidade, cada um é representante e tem que tá lá nesse sentido. (GR09)

O entrevistado GR09 relata que muitas pessoas não se motivam em participar por essa atividade não proporcionar nenhum tipo de benesse ou remuneração imediata. E volta a chamar a atenção para a responsabilidade que o conselheiro assume perante a sua comunidade, ao se candidatar ao cargo de conselheiro, que desde já o mesmo sabia não haver qualquer tipo de remuneração por essa atividade.

O entrevistado GR02, em outro trecho do seu discurso, reafirma o comodismo dos conselheiros e destaca a interferência dos aspectos sócio-econômicos sobre a participação de comunidades rurais.

Eu acho a dificuldade do conselheiro é essa dificuldade, é o comodismo, é a falta de voluntário pra fazer. Porque realmente o pobre vem da associação lá do interior, na chuva, na lama... voluntariamente prestar o serviço ao conselho, é até uma maneira, ele representa realmente, mas eles são pessoas que não tem uma condição financeira boa, vive do plantio, da mandioca que ele planta, o dia que ele trabalha ele come, né?! Então ele tem toda essa dificuldade, é muita dificuldade até pr'aquela pessoa tenha boa vontade de ajudar. Deixa o seu trabalho e vem dar uma contribuição, quer dizer ele já contribui lá na comunidade, aí tem que vir é uma tarde que ele perde. (GR03)

Segundo esse ator, além das dificuldades de transporte e de acesso, o tempo seria um empecilho para participação de representantes de comunidades rurais, pois esses necessitariam ausentar-se do seu trabalho para poder participar das reuniões, deixando de produzir, o que impactaria de forma considerável em sua renda.

4.4.3. Funcionamento do Conselho

O funcionamento do CMS de Groaíras é objeto de contradição manifestada nos discursos dos conselheiros entrevistados. Por um lado, conselheiros referem um funcionamento adequado do conselho, por outro, conselheiros relatam um precário funcionamento do CMS de Groaíras. Diante dessa contradição, deve ser destacado que as opiniões tanto do bom funcionamento como de funcionamento precário, são manifestadas tanto por prestadores quanto por usuários, não havendo predomínio de nenhum dos segmentos em relação à avaliação do funcionamento do conselho.

Dos nove entrevistados, três deles atestam, de forma clara, o bom funcionamento do conselho. Todavia, mesmo os conselheiros que compreendem que o conselho funciona a contento, fazem algum tipo de ponderação com relação às dificuldades encontradas no desenvolvimento do trabalho do conselho. Permitindo a compreensão de que o conselho não funciona totalmente como desejado, mas, mesmo diante das dificuldades consegue desenvolver satisfatoriamente suas atribuições.

Na medida do possível, o conselho cumpria o seu papel, né?! (GR06)

Tava funcionando direitinho, tinha a participação de cada representante, aqui até faltava algum mais era raro, sempre estavam participando, assim eles eram compromissados, né?! debatiam, traziam os assuntos pra dentro do conselho. (GR07)

Tava bom, não tava ruim não, funcionava mais ou menos, porque cem por cento é difícil, né?! Cumpria, os conselheiros cumpriam o se papel. (GR09)

Em contradição as essas opiniões, outro grupo de conselheiros afirma categoricamente o precário funcionamento do conselho, relatando que o CMS de Groaíras não exerce o seu papel de entidade promotora do Controle Social. Dos nove entrevistados, quatro comungam da opinião do precário funcionamento do conselho.

Mas, infelizmente eu acho que o conselho aqui de Groaíras nunca funcionou, ou aqui a gente não soubemos trabalhar, não sei. (GR01)

Não funcionava a contento não, deixava um pouco a desejar, mas no geral, ele funcionava assim parcialmente do que seria o objetivo dele. (GR04)

Na verdade, na verdade é que eu acho é que tá muito devagar. Que na época em que nós deixamos de participar de reunião, eu não tô gostando não. Tô achando que tá muito devagar. (GR05)

Aqui em Groaíras a gente tem tido dificuldades até pra colocar certas posições da gente como conselheiro no momento que vai tratar das questões do conselho, né?! (GR08)

Dos conselheiros que relatam o funcionamento inadequado do conselho de Groaíras, o entrevistado GR01, aprofunda e expande sua avaliação com relação ao funcionamento do conselho, afirmando que o mesmo, em toda a sua história, nunca funcionou. Embora, essa generalização pareça não coincidir com a verdade dos fatos de toda a história do CMS de Groaíras, a mesma é reveladora de uma grande frustração do conselheiro com relação à atuação do conselho. Em virtude da inefetividade do CMS no decorrer de seu período de atuação, o entrevistado desvela em seu discurso a descrença de uma atuação satisfatória do conselho em todo o seu período de existência.

O papel do conselho

Conforme visto anteriormente, de acordo com a legislação vigente (Lei 8142/90 e Resolução CNS 333/03), o papel do conselho de saúde é atuar na

formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde em cada esfera de governo, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros. Todavia, nenhum dos nove entrevistados relatou, de forma precisa, qual deve ser o verdadeiro papel do conselho. Isso comprova a incompreensão dos conselheiros de qual deve ser o papel do conselho e, conseqüentemente, uma incompreensão do seu verdadeiro papel enquanto conselheiro.

O desconhecimento por parte dos conselheiros de qual as verdadeiras responsabilidades do conselho de saúde é motivo mais do que suficiente para compreensão do funcionamento inadequado do mesmo. A compreensão de que a atuação do conselho deve estar relacionada exclusivamente à resolução de problemas de acesso aos serviços de saúde ou de qualidade insatisfatória no atendimento, desvirtua o foco do papel primário da atuação do conselho, que é a definição das políticas de saúde a serem implementadas no município.

De acordo ao discurso de dois atores, entrevistado GR04 e entrevistado GR05, pode-se comprovar que o CMS de Groaíras não estava cumprindo o seu papel de formulador de políticas, restringindo-se a referendar as decisões encaminhadas pela secretaria de saúde.

As coisas não tem diálogo, não tem projeto, não tem proposta, não tem nada, vão lá "mermo" só pra aprovar as coisas da secretaria. (GR04)

Porque se eu for falar de verdade, eu acho que o conselho só servia mesmo mais pra assinar documentos. (GR05)

Esses dois discursos desvelam uma situação de apatia e inércia do conselho de saúde frente ao seu papel. Um conselho que se restringe a meramente aprovar os encaminhamentos da secretaria ou simplesmente serve para assinar documentos, aborta o direito conquistado pela sociedade de, a partir da discussão entre os representantes de vários segmentos sociais, decidir os destinos da saúde da coletividade.

Prevalência de Conselheiros nas Reuniões

A frequência de representantes dos segmentos, prestadores e usuários, às reuniões também é objeto de contradição entre os discursos dos entrevistados. Enquanto um representante dos usuários afirma em seu discurso que as reuniões eram compostas em sua maioria por representantes dos prestadores, quatro

conselheiros, dois usuários e dois prestadores, afirmam que a maior prevalência nas reuniões é dos representantes dos usuários.

Observa-se em trecho do discurso do entrevistado GR09, que os representantes dos usuários apresentam uma menor frequência às reuniões e que, portanto, os representantes dos prestadores têm uma frequência mais assídua:

É, participavam mais não cem por cento, porque nós aí era pra ter uns trinta e iam cinco, dez, quinze, faltava muita reunião, a maioria d'agente, dos representantes faltavam. Não, geralmente era mais dos prestadores, os usuários faltava mais o pessoal do interior, é mais difícil pra eles. (GR09)

Os discursos dos entrevistados GR03, GR04, GR06 e GR08 relatam uma maior participação dos representantes dos usuários nas reuniões. Pode-se observar ainda nos discursos dos entrevistados GR04 e GR06 uma distinção, além de uma maior frequência dos representantes dos usuários, esses eram também os que mais se colocavam e questionavam nas reuniões.

Quem mais participa são mais os usuários das entidades que são voluntária. Os outros representantes as vezes, dificilmente eles podem, ou mandam um representante, ou se justifica que não pode. (GR03)

A maior participação era dos representantes de associação, dos usuários. É, tinha mais representante e tinha mais cobrança e mais representação. (GR04)

Eu acho que o pessoal das associações, dos usuários, o interesse deles é bem maior, eu acredito que sim, porque eles... a gente via que eles tinha um maior interesse em participar. Enquanto tem prestadores e profissionais que não tá nem aí pra isso. São profissionais de saúde, são gestores, mas não querem. (GR06)

(...)mas o desinteresse partia mais daquele pessoal que era da área governo, que era governo e fazia parte do conselho, que muitas vezes não compareciam as reuniões e as vezes não tinham como deliberar qualquer coisa com relação ao que tava sendo tratado. (GR08)

(...)com certeza, porque as vezes era convocada reunião e o usuário sempre comparecia a maioria, já os prestadores de serviço as vezes comparecia alguns e outros não, né?! (GR08)

Embora, o discurso do entrevistado GR09 contraste com os demais discursos e evidencie uma contradição na percepção do segmento de maior prevalência nas reuniões, os quatro outros discursos adquirem força suficiente para a conclusão de que nas reuniões do CMS de Groáras, a presença dos usuários era melhor percebida. A avaliação de acordo com a percepção dos próprios conselheiros, apresenta características qualitativas importantes, visto que, de acordo com a

análise do livro de frequência do conselho, item 4.2.4 desse capítulo, não há uma distinção quantitativa de maior frequência de um ou de outro segmento.

Frequência e Convocatória das Reuniões

De acordo com o Regimento Interno do conselho de saúde de Groaíras suas reuniões ordinárias devem ocorrer mensalmente e as extraordinárias podem ocorrer de acordo com a convocação de seus membros. Essa regulamentação do Regimento Interno do conselho parece ser conhecida pelos conselheiros, visto que em nenhum dos discursos é relatado que a frequência das reuniões do conselho deve ter periodicidade diferente da mensal. Dos nove conselheiros entrevistados, dois abordam tal assunto, e ambos relatam que as reuniões devem ocorrer mensalmente.

Porque a gente se reúne uma vez por mês e aí discuti os problemas da comunidade. A gente se reunia como era combinado, uma vez por mês. (GR06)

(...) a gente fazia mensal, bem direitinho, a última sexta-feira do mês. (GR07)

Todavia, embora se reconhecesse que a frequência das reuniões do conselho deva ser mensal, alguns discursos evidenciam a dificuldade de reunir o conselho em determinados momentos. Tal dificuldade levou, em alguns momentos, a situação da não realização da reunião por falta de quorum, conforme relata os discursos dos entrevistados GR08 e GR03.

Primeiro pra reunir o conselho pra fazer uma reunião, isso aí é uma das dificuldades que eu via no momento que se ia fazer uma reunião. As vezes aquelas pessoas compareciam e as vezes não tinha quorum pra realizar a reunião e voltava sem fazer a reunião e as vezes eram coisas importantes. (GR08)

Geralmente no inverno o conselho não consegue se reunir muito, porque ou se reúne com a minoria ou não se reúne, porque no inverno as pessoas não saem de casa (...) é muita dificuldade do pessoal das associações, por conta da chuva. (GR03)

Com relação a convocatória das reuniões esta era feita pelo representante da secretaria de saúde e não pelo presidente do conselho. O discurso de um representante dos usuários, o entrevistado GR01, atesta a abstração do presidente do conselho no que se refere à decisão pela convocação ou não da reunião do conselho.

Não era o presidente do conselho que convocava a reunião não, era uma pessoa de dentro da secretaria de saúde que decidia que ia ter reunião e convocava, as vezes nem o presidente comparecia as reuniões, ou porque não sabia, ou então por que já tinha algum compromisso e não poderia desmarcar. (GR01)

Essa situação da convocação da reunião ser decidida pelo representante da secretaria de saúde e não pelo presidente do conselho, ou pelo menos com a sua participação, é confirmada pela própria representante da secretaria de saúde.

Mas as reuniões era nós que convocávamos. (GR07)

Tal situação se constitui como uma afronta aos mecanismos democráticos e legalmente instituídos, caracterizando-se como condição de desrespeito à figura do presidente do conselho que foi escolhido por meio de eleição entre os conselheiros. Também revela uma situação de comodismo e convívência do presidente do conselho, ao permitir a apropriação da sua autoridade por parte dos representantes da secretaria de saúde, que passam a exercer a função que deveria ser desempenhada pelo mesmo.

A forma de convocatória da reunião é por meio de ofício que é encaminhado aos representantes do conselho. Embora, em determinado momento, o conselho tenha decidido pela elaboração de um calendário anual, parece que essas datas não eram cumpridas a rigor, sendo o principal instrumento de convocação da reunião os ofícios encaminhados pela secretaria municipal de saúde. Essa forma de convocação é relatada nos discursos dos entrevistados GR04 e GR07.

A convocatória era através de carta. Todo mês a menina que era presidente, ela fazia as cartas e mandava pra todos os segmentos, pra todo mundo. (GR04)

Mas sempre sabendo, mesmo com esse calendário, a gente fazia o convite e enviava com antecedência, mesmo existindo o calendário. (GR07)

O tempo de convocação das reuniões é motivo de descontentamento e protestos por parte dos conselheiros representantes dos usuários. Embora, a representante da secretaria de saúde afirme que a convocatória era enviada com antecedência, dois representantes dos usuários, de forma paradoxal, se opõem a essa posição afirmando que as convocatórias eram encaminhadas em curto período de tempo. Relatando ainda, que em virtude disso, muitos representantes deixavam

de participar por não ter possibilidade de adiar compromissos anteriormente agendados.

Dizer que chegava uma semana antes não, hoje era a reunião três horas da tarde chegava o convite aqui meio-dia, onze horas... hoje tem reunião. Sem, sem saber o que era, apenas botavam: "hoje vai ter reunião do conselho de saúde". Não tinha uma pauta não tinha nada, pra a gente pelo menos saber o que é que se ia tratar, chegasse lá é que a gente ia saber do que ia se tratar. (GR01)

A convocatória era entregue em cima da hora, eu nunca recebi um convite pra participar assim uma semana antes, dois dias antes... todas as vezes era no mesmo dia. (GR01)

(...) convocavam a gente assim em cima da hora e aí não tinha condição de analisar aqueles pontos que a gente ia aprovar, eu acho que é uma deficiência muito grande no conselho, nessa área né?! (GR08)

Todavia, o tempo de convocação parece ser objeto de conflitos e contradições entre os próprios conselheiros. Enquanto alguns conselheiros se opõem ao curto tempo de convocação das reuniões, segundo os quais poderia inviabilizar a presença de alguns conselheiros nas reuniões. O discurso do entrevistado GR03 relata que alguns conselheiros preferiam e solicitavam que a convocatória fosse enviada em um menor período de tempo, com vistas a evitar o esquecimento da data pelos mesmos.

Era através de um ofício que elas convocavam, geralmente as reuniões do conselho... eles convocam uma reunião pra, se é pra quarta-feira, pelo comodismo de as vezes os conselheiros esquecerem, elas já convidam véspera que é pra poder não dá tempo de você esquecer. "Mais próximo pra agente não esquecer". Os próprios conselheiros diziam que a convocatória fosse na véspera, diziam que era bom mas próximo que era pra não esquecer, alguns brigavam que não, mas outros diziam que era melhor mais próximo pra não esquecer. Tem alguns que diziam: "não, mande mais cedo". Mas é essa coisas toda, né?! (GR03)

Diante dessa situação é possível encontrar uma solução que se afaste das extremas situações colocadas pelos atores. Seria possível a convocatória da reunião em num período de tempo nem tão antecedente, que permitisse aos conselheiros esquecerem da mesma, nem em período de tempo tão reduzido de horas ou minutos antes da reunião, que pudesse coincidir com compromissos anteriormente agendados.

Participação dos Conselheiros nas Reuniões

Essa subcategoria diz respeito ao processo participativo nas reuniões do conselho, ou seja, como se dava o desenrolar da reunião frente aos assuntos tratados no conselho. Se esses eram amplamente discutidos antes da deliberação final, ou se os assuntos eram apenas apresentados e logo em seguida aprovados pela plenária.

Dos nove atores entrevistados, três abordaram diretamente a questão do processo participativo nas reuniões. Sendo um representante dos prestadores, o entrevistado GR04, e dois representantes dos usuários, entrevistados GR03 e GR05. Os discursos desses atores, de forma unânime, relatam a não existência de um processo participativo nas reuniões do conselho.

A gente não fazia propostas não, porque a gente apenas é... a gente se reunia e a gente via e lá era lançado só apenas isso. O correto seria isso, né?! cada conselheiro levar uma proposta, mas realmente nesse conselho ainda tem essa dificuldade. (GR03)

(...) a gente tinha reuniões, eram reuniões mensais, era repassado tudo que acontecia na saúde pra gente, a gente podia optar, mesmo que entre aspas, né?! Mesmo que aquelas coisas já tivessem tudo mais ou menos, parcialmente já resolvidas, destinado os recursos para aquelas coisas, mas a gente, a gente era assim uma democracia de falar, pelo menos de falar, de reivindicar, de dar opinião, a gente tinha essa liberdade. Isso, Algumas decisões já vinham parcialmente encaminhadas, mas a gente podia opinar também. (GR04)

Não, ninguém tinha proposta pra fazer não, a gente ia só ouvir mesmo, ninguém tem proposta pra fazer não, de jeito nenhum, já vem tudo feito. (GR05)

Pode-se observar nos discursos desses atores uma prática de autoritarismo por parte da Secretaria de Saúde que encaminhava os projetos e discussões para o conselho em uma situação pro forma. Aliado a isso, existia uma situação de passividade e omissão por parte dos conselheiros em permitir que tal situação se estabelecesse. A prática da não realização de discussões aprofundadas no âmbito do conselho, além de irem de encontro a legislação vigente, também pode desenvolver nos conselheiros o sentimento de frustração e desinteresse. O conselho perde o sentido de sua existência se as decisões que deveriam ser tomadas de forma coletiva, forem tomadas de acordo às conveniências da secretaria.

O sentimento de frustração aparece de forma explícita no discurso do entrevistado GR04 quando afirma “a gente era assim uma democracia de falar, pelo menos de falar..” Que espécie de democracia é essa que se manifesta apenas nos

discursos e não nas decisões? A democracia não é só de falar é, sobretudo, de decidir. Democracia significa governos de muitos e no conselho de saúde os destinos da saúde municipal devem ser discutidos e decididos pelos representantes dos diversos segmentos da sociedade. Promovendo-se uma discussão no âmbito do conselho, mas dando o encaminhamento já decidido anteriormente pela secretaria de saúde, é público e notório que esse processo não é democrático. O discurso do entrevistado desvela um mecanismo de proteção e frustração, ao afirmar que o conselho é uma democracia de falar.

Policonselheiros

A questão dos cidadãos que participavam de mais de um conselho também aparece de forma explícita em alguns discursos dos conselheiros de Groaíras. Essa situação ocorre devido ao fato de que, na população dos municípios pequenos, alguns indivíduos, seja por uma maior consciência política, seja por uma maior nível de escolaridade ou por uma maior capacidade de retórica, despertam para a necessidade de participação nos fóruns de decisão coletiva. Quando, comumente, os mesmos cidadãos participam de vários conselhos do município.

Os discursos dos entrevistados GR01 e GR08, ambos representantes dos usuários, demonstram o acontecimento desse fenômeno em Groaíras e as consequências dessa acumulação para o processo de Controle Social.

Eu participo de um monte de conselhos, tem dia que tem reunião aí de um monte de conselhos, não dá nem pra ir a todos. Vários conselhos, CMDS (Conselho Municipal de Desenvolvimento Social), Saúde, Conselho do Adolescente, de vários conselhos. (GR01)

Porque hoje Groaíras é tão pequena que a gente vê e quase todo mundo faz parte de dois, três conselhos. E as vezes acontecia ocasiões, isso aconteceu comigo, de você ser convocado pra duas reuniões no mesmo horário, ou você ia pra uma ou você ia pra outra. (GR08)

Os discursos acima demonstram o quão prejudicial para o Controle Social é esse processo, visto que além de reduzir o contingente dos cidadãos que participam ativamente dos espaços de exercício do Controle Social, podem trazer prejuízos de ordem operacional quando da realização de reuniões no mesmo dia e horário, ficando impedido o representante de participar de pelo menos umas das reuniões.

4.4.4. Presidência do Conselho

O conselho de saúde de Groaíras, no período da sua última gestão, 2001 a 2004, teve como presidente um usuário. Essa situação, pouco conhecida entre os conselhos municipais de saúde, foi objeto de discussão entre os conselheiros entrevistados. Dos discursos referentes a essa temática emergiu essa categoria que aborda as contradições dos discursos dos atores no que se refere à atuação do presidente-usuário.

A escolha desse presidente ocorreu em virtude da então secretária de saúde, optar por não participar do conselho e incentivar a realização de eleições entre os conselheiros para escolha do presidente. Desta forma, foi realizado processo eleitoral, com a disputa entre dois usuários, conforme relatos dos entrevistados GR07, representante da secretaria de saúde, e GR09, o então presidente.

A secretária que era a presidente, como ela achou que não deveria ser a presidente, como na lei dizia que poderia qualquer conselheiro ser o presidente do conselho, então a gente fez uma votação. Ela quis sair, a gente fez uma votação dentro do conselho e quem ganhou foi um usuário. (GR07)

Teve um período que ela própria era a presidente do conselho: “Como que a sr^a pode ser presidente do conselho se a sr^a é secretária, quem vai cobrar da sr^a, como é que você vai fiscalizar suas contas?” Imediatamente ela providenciou uma eleição até bonitinha, concorri com Z.W., e aí deu certo, viu?! Fiquei como presidente um período aí, procurei fazer dentro do possível o máximo de coisa. (GR09)

O fato, pouco comum, do presidente do conselho ser um representante dos usuários é sugestivo de uma condução do conselho de forma mais democrática e participativa. Com um representante dos usuários à frente do conselho acredita-se num exercício mais rigoroso de Controle Social, com maior transparência e incentivo para as discussões referentes à saúde municipal. Todavia, isso parece não ter ocorrido em Groaíras, o discurso de outros representantes dos usuários demonstram, com uma certa frustração, a postura inadequada e omissa do então presidente, que não se postava de acordo com as exigências da função, permitindo que as funções inerentes a presidência do conselho fosse exercida pelos representantes da secretaria de saúde.

(...) pra ele, ele era um conselheiro normal, chegava lá sentava e ficava esperando elas passar algo pra gente. Então, eu acho que ele não tinha preocupação nenhuma, eu acho que ele ia como qualquer um conselheiro, ele achava que não era nem presidente do conselho. (GR01)

Rapaz, o fato do presidente ser um usuário não mudou nada no conselho não. Agora isso aí foi uma abertura que a própria secretária anterior fez em delegar poderes a uma pessoa que não era ligada a saúde, não era funcionária da saúde, sendo um usuário, para que ele assumisse a direção do conselho, só que muitas das vezes ele não comparecia a reunião e quem presidia a reunião era a vice-presidente que era ligada aos prestadores de serviço, a segunda pessoa da secretária, eu acho que ficava uma coisa do mesmo jeito. Ó, se o presidente tivesse tomado a posição de ele presidir todas as reuniões como o regimento permite, teria mais facilidade de a gente dialogar com ele, porque ele era um usuário e agente ia dizer: “não rapaz vamos estudar isso aqui”. (...) Então acabava que tinha um presidente representante dos usuários, mas o funcionamento do conselho era decidido pela secretaria de saúde, muitas das vezes eu participei de reuniões presidida pela segunda pessoa da secretária. (GR08)

O não exercício de suas funções pelo presidente é também relatada pelo representante da Secretaria de Saúde, que afirma, exercer determinadas tarefas que deveriam ser desenvolvidas pelo presidente.

No entanto esse presidente, ele ficava ainda na dependência da secretaria, né?! Porque a parte da organização, de mandar convite, a preocupação de saber se os conselheiros iam vir ou não, era minha (...) Eu que organizava, via o que era o assunto, procurava. (GR07)

O próprio presidente do conselho, em seu discurso, afirma o não cumprimento de suas responsabilidades, que eram então exercidas pela secretaria.

Bom, as reuniões, eu volto a te dizer, é, é... tudo decidido pela secretaria. É muito difícil, difícil mesmo, alguma cidade que o presidente geralmente decida nada, (...) eu não tenho tempo de bater os convites, eu não tenho tempo de fiscalizar. Então depende tudo deles. (GR09)

O simples fato do presidente do conselho de saúde ser um usuário, por si só, não garante uma gestão mais participativa, democrática e eficaz ao conselho. Os discursos anteriormente apresentados comprovam a omissão e a incapacidade dos representantes dos setores populares, na ocupação de um espaço estratégico que poderia potencializar suas atuações no exercício do Controle Social. A presidência do Conselho de Saúde, se exercida por um cidadão imbuído de valores sociais e democráticos pode conduzir o conselho a discussões mais aprofundas, sobre questões referentes ao estado de saúde da população, seus determinantes e as políticas de saúde adequadas. No entanto, a insuficiente desenvoltura do presidente do conselho de Groaíras relatado com frustração pelos usuários, e confirmado pela

representante da secretaria de saúde e pelo próprio presidente comprova a chance desperdiçada para fazer avançar os mecanismos de Controle Social.

4.4.5. Prestação de Contas

Conforme visto no item 4.3.3 desse capítulo, a prestação de contas da SMS de Groaíras, não era apreciada nem tampouco aprovada de forma regular pelo CMS. Essa posição demonstra uma situação de omissão do conselho de saúde diante de uma das suas mais importantes funções, que é o acompanhamento e fiscalização dos aspectos econômicos e financeiros da saúde municipal. Tal atribuição é designada ao conselho pela Lei 8142/90 e também pela Resolução CNS 333/03, que em seu Inciso X, da Quarta Diretriz, regulamenta que o gestor deve prestar contas, dos recursos recebidos e aplicados pela secretaria de saúde, ao plenário do conselho trimestralmente.

Todavia, na história do conselho de saúde de Groaíras foram raras as vezes que a prestação de contas foi realizada trimestralmente, tendo ocorrido por diversas vezes a não prestação de contas por anos inteiros.

No que se refere aos discursos dos conselheiros, poucos foram os entrevistados que abordaram tal responsabilidade do conselho. Apenas dois, dos nove entrevistados, abordaram tal situação. Os conselheiros que em seus discursos trataram das questões referentes à prestação de contas foram representantes dos usuários, e, de forma superficial, relataram irregularidades relacionadas à insuficiência do tempo destinado a prestação de contas.

Na prestação de contas, a gente nem recebia cópia e nem entregavam antes pra dá uma olhada, sabe?! Ai a gente só dava uma olhada, mas tinha coisa que você tinha que estudar, ver, perguntar, né?! (...) geralmente ela apresentava os gastos, tinha vez de precisar das notas fiscal, mas geralmente os conselheiros nem pediam as notas fiscais, não. Geralmente elas mostravam quando eram equipamentos, aí elas mostravam os equipamentos, aqui as notas os equipamentos foram comprados, tá em tal lugar, vocês podem ir lá confirmar, mas os conselheiros sempre, geralmente não fazem isso eles não vão. Alguns conselheiros pediram, já pediram cópia e elas disseram que depois dava, e ficava pra depois e depois ficava nisso, ninguém nunca pegou não. (GR03)

Porque chegava na última hora, então você não tinha como analisar. E as vezes é aquela coisa, aquela ata tinha que ser feita aquele dia pra os conselheiros assinar pra ir direto pro governo pra resolver aquele ponto, né?! Então as vezes não era analisado. (GR08)

(...) as prestações de contas, as vezes, não era levado para o conselho analisar, (GR08)

Os discursos acima transcritos revelam a forma como era conduzido o processo de prestação de contas pela SMS. A prestação de contas era apresentada aos conselheiros apenas no momento da reunião, sem a brevidade de tempo necessária para uma apreciação cautelosa e também não era fornecida aos mesmos, cópias do balancete ora apresentado. Aliado a isso, a argumentação, quiçá verdadeira, que aquele era o último dia para aprovação daquelas contas. Esse tipo de conduta expunha os conselheiros a uma situação conflitiva entre a necessidade de aprovação das contas que eles não sabiam da veracidade da aplicação dos recursos, e a não aprovação das contas e os possíveis prejuízos que submeteriam o município com a suspensão do repasse de recursos. Frente a esta situação, os conselheiros sempre optavam pela aprovação das contas.

Pode-se comprovar ainda na análise dos discursos dos atores, uma certa posição de convivência e omissão em relação à prestação de contas, visto que, apesar desses relatarem as irregularidades na condução da prestação de contas, nenhuma postura foi adotada com o intuito de reverter essa situação. Além disso, irregularidades mais sérias do que as cometidas pela SMS quando das prestações de contas realizadas, foram os muitos períodos em que as contas deixaram de ser apresentadas pela secretaria, mantendo o conselho uma posição de omissão, não sendo relatado nenhum discurso que contestasse essa situação.

4.4.6. Capacitação

O processo de capacitação dos conselheiros no município de Groaíras é algo que não ocorre de forma periódica e não contempla todos os conselheiros envolvidos. Essa situação pode ser comprovada por meio dos discursos dos atores que atestam a existência de capacitação, ocorrendo essas de forma esporádica e beneficiando apenas a um número restrito de conselheiros.

A importância da capacitação é percebida pela maioria dos atores entrevistados, visto que, dos nove sujeitos da pesquisa, oito, abordaram e aprofundaram suas reflexões sobre a categoria capacitação. Inicialmente é

percebido, tanto no discurso dos prestadores, quanto no discurso dos usuários, a realização de um curso de capacitação, que ocorreu no município de Sobral, do qual só participaram alguns conselheiros.

Teve capacitação sim, mas a que a gente fez foi em Sobral. Não foram todos os conselheiros não, só uma parte. Não, não é periódica não, que eu lembre só aconteceu uma vez. (GR06)

Nós fomos, fomos bem quatro a cinco, não foram todos não, e só foi umas duas vezes. (GR05)

Teve uma capacitação, a gente participou uma semana em Sobral de uma que teve lá, foi até no auditório do CENTEC. (...) Só uma vez, foi enquanto eu tive, eu passei uns quatro anos no conselho foi só essa vez. (GR04)

As vezes nem todos iam, as vezes iam só um ou dois ou três, porque não era oferecido a todos, vinha tanto número de vagas, sabe?! (GR03)

Em contradição com os discursos dos quatro entrevistados acima, que atestam a realização de capacitação, o discurso do entrevistado GR01, comprova a não contemplação de todos os conselheiros nas atividades de capacitação.

Olha, de todo o tempo que eu passei no conselho de saúde eu nunca fiz uma capacitação, não. (GR01)

Embora, a capacitação seja uma atividade primordial e imprescindível para o bom desenvolvimento das ações do conselho de saúde, essa prática não era desenvolvida de forma adequada em Groaíras. A realização de apenas um ou dois treinamentos, sem contemplar todos os conselheiros, é incompatível com qualquer possibilidade de uma atuação crítica, fiscalizadora e propositiva por parte dos conselheiros.

A inadequação do processo de capacitação propicia uma incompetência técnica, que é reconhecida pelos próprios conselheiros. Os entrevistados GR01, GR03, GR05, GR07 e GR09 atestam em seus discursos as suas próprias incapacidades de atuarem como conselheiro, em virtude da ausência de uma capacitação adequada.

Como é que você trabalha uma coisa que você não tem aprofundamento na coisa que você tá fazendo? (GR01)

Eu acho que primeiro teria que ter uma preparação pra conselheiro, assim uma capacitação bem profunda, pra gente conhecer realmente o que é o conselho (GR03)

(...) eu acho que não é só assistir não, a gente tem que saber qual é a finalidade, tá entendendo? (GR05)

Eu acho que os usuários eles ainda deixam muito a desejar a respeito do conselho, apesar de que eles terem um curso pra conselheiro em Sobral, foi até no Itacaranha, só que eu ainda acho que deixaa muito a desejar. (GR07)

Que nós temos conselheiros aqui que não sabe nem o que tá fazendo ali, né?! (GR09)

Tinha, tinha algum curso, né?! Mas eu ainda continuo achando fraco. (GR09)

Diante dessa situação, o entrevistado GR07, que era o representante da secretaria de saúde no conselho, aponta a necessidade de realização de um treinamento continuado e mais aprofundado para os conselheiros.

Eu acho que ainda é pouco treinamento, acho que eles não sabem ainda o que significa o conselho, qual a dificuldade de cada um. Acho que falta isso, acho que eles devem ser treinados, acho que eles a partir do momento que foi escolhido pela comunidade, o usuário foi escolhido, deveria passar por um treinamento, não de um dia um treinamento rápido, mas pelo menos saber o que significa o conselho, quais as funções do conselheiro dentro do conselho. (GR07)

Mesmo reconhecendo a postura crítica e progressista da representante da gestão municipal, torna-se evidente o questionamento do porque a secretaria municipal de saúde não viabilizou esse tipo de treinamento.

O entrevistado GR08, representante dos usuários e declaradamente contrário a linha adotada pela gestão municipal, infere que a não realização de capacitação de forma adequada é devido a escassez de recursos. Segundo esse ator, pela omissão das esferas estadual e federal no repasse de recursos, a responsabilidade da capacitação acaba sendo atribuída aos municípios, que também têm limitações orçamentárias, optando por alocar os poucos recursos nas ações destinadas à assistência, em detrimento as ações destinadas à capacitação dos conselheiros.

Com relação à questão da capacitação as vezes vem a questão do recurso, que as vezes o estado, as vezes a instituição maior não libera recurso pra que seja feita essa capacitação e as vezes o município é que tem que arcar, e se é de arcar com as despesa que pode passar, é melhor atender alguém que está necessitando de um remédio, de um tratamento e deixar, empurrar com a barriga, a capacitação dos conselheiros. (GR08)

A capacitação é ainda reconhecida por dois dos entrevistados, como instrumento capaz de despertar um maior interesse da população pelo processo participativo. Segundo o discurso da entrevistado GR05, o fato da capacitação ser

realizada na cidade de Sobral é por si só, um impedimento para a capacitação de todos os conselheiros. Sendo a capacitação realizada no próprio município de Groaíras, propiciaria oportunidade para a participação de um maior número de pessoas.

Eu tenho a impressão que chegasse a fazer um curso desse aqui na Groaíras, se eles trouxessem uma pessoa preparada aqui pra a Groaíras, pra dá pra todo mundo participar ia ser melhor, podia ser que o pessoal se interessasse mais. Porque pra ir pra Sobral, pra ir pra outro luar, elas não manda a turma toda não, mandam não, é bem de quinze pessoas uma turma, mandam não. A solução seria um curso de aperfeiçoamento dentro da cidade de Groaíras. Poderia ser que despertasse e ia incentivar o público a acordar pra realidade da vida, né?! (GR05)

Eu acho que deveria ser feito mais capacitação com os conselheiros para eles saberem realmente o papel deles ali. (...) eu acho que se as pessoas fossem mais conscientes do papel, acho que tinha sido melhor. (GR07)

Esses discursos, mais do que a crítica ao local de realização dos treinamentos, desvelam a crença dos atores no poder da capacitação como meio adequado para o despertar da consciência crítica e para o estímulo ao processo participativo. A capacitação, nesse sentido, não tem apenas objetivo de fornecer subsídios legais e técnicos para o bom desempenho dos conselheiros, tem, sobretudo, objetivos políticos e sociais destinados a promover o espírito de cidadania e participação coletiva.

Nível de Educação Formal

Em relação à capacitação dos conselheiros, surgiu nos discursos dos atores entrevistados em Groaíras, uma subcategoria relacionada ao nível de educação formal dos conselheiros. Essa questão foi abordada por dois representantes dos usuários, os entrevistados GR03 e GR09, sendo mais aprofundada pelo entrevistado GR09. Esses dois atores abordam que uma grande implicação para o bom funcionamento do conselho é o baixo nível de instrução dos conselheiros, afirmando que o conselho deveria ser composto por pessoas com um maior nível de educação formal.

(...) eu acho que teria que ser pessoas mais esclarecidas. Tem uns colegas nossos que tem um conhecimento pequenininho, entendeu? (GR09)

Segundo esses entrevistados, o conselho teria um melhor desempenho se fosse composto com pessoas com um maior nível de instrução. O discurso do entrevistado GR03 ainda relata a inibição do posicionamento dos conselheiros por receio de colocações indevidas e inoportunas.

(...) é porque elas tem medo de não falar a coisa assim correta, as pessoas tem muita dificuldade de entenderem a situação, as vezes são pessoas sem estudo, sem muita condição... é isso. (GR03)

Olha o que eu gostaria muito é que se a gente pudesse, colocar pessoas mais capacitadas, mais é muito difícil, né?! Pessoas assim com conhecimento maiores, porque geralmente a gente de associação o conhecimento é bem pequenininho mesmo, geralmente é pessoas de primeiro grau, é o cabra semi-analfabeto, e que tivesse uma participação de pessoas mais qualificadas, mais inteligentes, pessoas com um curso superior, né? Se tivesse seria uma maravilha, então como não tem, tem que ser mesmo esse povão aí dando grito lá. (GR09)

O abandono, por parte das elites intelectual e cultural, dos fóruns de Controle Social e construção coletiva das políticas públicas é tratado pelo entrevistado GR09, que relata um afastamento e desresponsabilização das elites em relação aos sistemas públicos, restando à população de menor nível de instrução, e usuária do sistema, a responsabilidade pela sua defesa.

(...) nem uma pessoa que tem uma situação mais adequada, que tem mais capacidade, quer se envolver nos problemas da comunidade. Hoje em dia no nosso país meu filho é isso aí (...) Quem tem um maior nível de esclarecimento não quer se ocupar nesse tipo de trabalho, é muito difícil. (GR09)

(...) volto a te dizer que existe, que são pessoas que não têm grande informação, são pessoas semi-analfabetas, ninguém que tem capacidade... seria excelente que qualquer rapazinho aí, desses rapazinhos aí que tão fazendo vestibular, que assumisse uma situação dessas, mas nenhum quer, dificilmente tem alguém que queira, geralmente quem quer, quem aceita são aquelas pessoas mais humildes. Nunca, tu já viu um advogado conselheiro? Eu acho que não tem, não existe, eu nunca ví, nunca ví uma pessoa que tem conhecimento, que é formada, que tem um curso superior conselheiro, não tem. (...) Tem que ser assumido pela gente que é simples, que é humilde, que não tem conhecimento de quase nada, né?! (...), você tem que pelo menos ter uma cultura maior, geralmente são pessoas humildes, bem humildes que vai esse tipo de coisa. (GR09)

Embora seja reconhecida uma maior capacidade de mobilização e argumentação dos estratos populacionais de maior nível cultural e educacional, esses fizeram a opção por um sistema de saúde privado, abandonando e relegando o serviço público às populações menos abastadas. Essa questão percebida por um usuário no interior do município de Groaíras é debatida por HOMEDES & UGALDE (2005), pesquisadores americanos especialistas nos assuntos relacionados à

participação e reforma dos sistemas de saúde latino americano, que afirmam, embasados em estudos antropológicos e sociológicos, que as sociedades latino-americanas estão devidamente estratificadas e são raras as vezes que as elites locais utilizam seu poder para resolver os problemas da comunidade.

4.4.7. Escolha dos Conselheiros e a Relação Representantes X Representados.

O processo de escolha dos conselheiros de saúde de Groaíras ocorria de diferentes maneiras, a depender do período ou do segmento de representação. Os discursos dos atores apontam para duas formas de escolha, que parecem ter ocorrido em períodos diferentes de tempo. Em um determinado momento, para o segmento dos usuários, a escolha de deu diretamente por meio da entidade, que, ao ser solicitada pela secretaria de saúde, organizou de forma independente o processo de escolha do conselheiro e encaminhou à SMS. Em outro período, o processo de escolha, de todos os representantes, se deu quando da realização de conferências municipais de saúde.

A escolha dos usuários pela própria entidade sinaliza com a possibilidade de condução de um processo mais democrático e autônomo, onde os membros daquele segmento, por meio de seus fóruns, teriam a possibilidade de discutir e escolher o conselheiro de acordo com a opinião da maioria dos membros. No entanto, o processo de escolha dos usuários de deu de diferentes maneiras, em dois discursos podem ser comprovados a opção pela escolha não democrática dos representantes, com escolha restrita aos membros da diretoria da entidade:

A escolha era de cada segmento, por exemplo, aqui no Sindicato, nós diretoria se reunia, dentro da nossa reunião, escolheria as pessoas que participaria desse conselho. (GR09)

E em outro caso, a escolha se restringir ao dirigente maior da instituição:

A igreja ela escolhe, a secretaria manda um ofício pro padre, aí o padre manda o representante aquele que as vezes mais ligado a área. (...) O padre fez a indicação. (GR03)

Com relação aos representantes dos prestadores de serviço, a escolha não se dava de forma independente, como no caso dos usuários. O discurso do entrevistado GR06 aponta em direção à interferência da SMS no processo de escolha dos profissionais de saúde. De acordo com o seu discurso, essa representante dos profissionais de nível médio, foi convidada diretamente pela secretaria de saúde para fazer parte do conselho, sem qualquer discussão ou consulta aos pares, para que a mesma fosse representante da sua categoria.

Foi uma convocação, eles me convocaram pra ver se eu aceitava fazer parte do conselho, eu disse que aceitava, não tinha problema não. Foi a secretaria que me convocou, não teve nenhuma reunião entre os profissionais não, perguntou se a gente aceitava fazer parte do conselho, eu disse que aceitava. (GR06)

Outros discursos apontam para um outro momento, em que a escolha dos conselheiros ocorriam nas conferências municipais de saúde. Esse método de escolha dos conselheiros, parece ter sido implantado recentemente no município, e de acordo a análise das atas e da fala dos conselheiros o mesmo só ocorreu na última conferência municipal de saúde, realizada no ano de 2003. O discurso do entrevistado GR08 atesta a forma de escolha por meio da conferência de saúde.

Bom, a escolha dos representantes sempre foi feita através de indicação da comunidade, da associação, que ia lá pro fórum municipal de saúde e lá era eleito aquele representante juntamente com os demais representantes da área, do poder público. (GR08)

Essas múltiplas formas de escolha dos conselheiros de saúde demonstram a fragilidade da organização e mobilização popular no município, atestando a limitação de processos democráticos nas entidades responsáveis pelo exercício do Controle Social. Para o pleno exercício da democracia no âmbito do conselho de saúde é de se esperar que as entidades que compõe o conselho também exercitem internamente processos de discussão e condução democráticos. No entanto, como visto anteriormente, algumas entidades e representações abdicavam dessa premissa para adotar práticas oligárquicas no interior das instituições. Um outro aspecto que deve ser considerado na avaliação da democracia interna da entidade e do seu compromisso com o exercício do Controle Social é o tipo de relação que é estabelecida entre o representante e os representados.

Em Groaíras, essa relação se dava de forma muito tênue ou em alguns casos nem existiam. O discurso do entrevistado GR01 desvela uma total descrença na relação dos conselheiros com suas entidades, embora a generalização feita pelo entrevistado é refutada por outros discursos que atestam certas práticas de repasse para sua entidade, o seu discurso é revelador de um comportamento de apatia e isolamento, desenvolvido pela maioria das entidades.

Muitos dos conselheiros estavam atuando só como representante de si mesmo, porque eu nunca ouvir falar que um conselheiro depois da reunião, chegasse repassar pra comunidade, numa reunião de bairro, reunir a associação, eu nunca ouvir, nunca tive conhecimento de ter repassado isso pra comunidade. Lá ele assistia, lá ficava, ele ia embora e pronto, acabou. Nem ele repassava, nem a comunidade cobrava dele, então pronto tava tudo bem. (GR01)

Dentre os nove entrevistados, o único que afirmou fazer repasse regular das discussões ocorrida no conselho, foi o representante da Igreja Católica.

(...) porque tem o conselho grande da igreja, o Conselho Paroquial, o administrativo, então a gente passa pra esses conselhos quando a gente reúne mensal, tem uma reunião e a gente repassa. Quando tinha reunião, eu ia pra reunião repassava o que é que tinha acontecido, como era que tava, qual era os problemas que tava tendo na saúde, o que era que lá dentro do conselho o que a gente tinha definido. (GR03)

Outros representantes, afirmaram o estabelecimento de uma relação informal entre esses e os representados, onde por meio de comunicações breves determinados indivíduos o procuravam e apontavam problemas que, segundo suas opiniões, deveriam ser tratadas no âmbito do conselho.

A gente se juntava em reunião, assim até informal mesmo. (GR04)

(...) as vezes alguns colegas procuravam e falavam: "Z. fale isso assim, assim no conselho que tá precisando". (...) Isso acontecia de maneira informal, não tinha nenhuma reunião com os profissionais, não. Não, eu não repassava as decisões do conselho para os outros profissionais (risos), acabava que as coisas ficavam só comigo. (GR06)

O desinteresse da comunidade pelos assuntos referentes a sua própria saúde é colocada por dois conselheiros como um dos principais motivos da dificuldade da interação do representante com o representado e do desenvolvimento de práticas participativas. O entrevistado GR09 relata o exemplo vivido em sua própria comunidade para atestar o desinteresse da população e a conseqüente dificuldade de desenvolvimento do trabalho de mobilização popular.

Os outros agentes nem falam, ninguém nem fala disso, ninguém nem fala, é um desinteresse danado, não fala não, elas nem perguntam. (GR05)

Olha, alguns representantes discutiam isso nas reuniões de volta das associações, muito pouco e já vou dizer porque, olha eu vou dizer nós temos uma associação rica aqui, tem um trator, tem várias máquinas, tem uma reunião aqui nesse distrito, que tem novecentos pessoas, só vão dez pessoas. O povo não “tão” nem aí pra isso não, só quer o negócio feito, aí se torna um trabalho difícil, (...) Mas a gente tinha que se reunir pelo menos, não somos novecentas pessoas aqui no distrito, nós tinha que se reunir pelo menos com cinqüenta, cem, vai dez, cinco. (...) hoje lhe dá com gente, com o povo é muito difícil, difícilíssimo. (GR09)

O desinteresse da população por práticas participativas e a fragilidade das relações entre representantes, entidades e suas bases depõe de forma considerável contra a possibilidade de exercício do Controle Social. A participação isolada dos representantes não tem força suficiente para garantir uma atuação independente e eficaz por parte do conselho de saúde. O processo de construção coletiva de posições e opiniões é o que garante aos representantes das entidades embasamentos consubstanciados e força moral para o processo de enfrentamento de interesses no conselho. Assim, torna-se necessário o desenvolvimento de estratégias capazes de despertar um maior interesse da população pelos processos participativos e estreitar os laços entre os representantes e seus representados.

4.4.8. Interferência Política

Essa categoria emergiu dos discursos dos atores ao abordarem as relações políticas no funcionamento do conselho, sendo composta por duas subcategorias, a subcategoria cumprimento das deliberações e a subcategoria interferência do gestor municipal. A primeira demonstra as contradições nos discursos dos usuários no que se refere ao cumprimento, ou não, das deliberações do conselho por parte da secretaria de saúde. A segunda demonstra as contradições referentes à existência de interferências do poder público municipal nas atividades do conselho de saúde.

Cumprimento das deliberações

O cumprimento das deliberações do conselho de saúde é alvo de contradição nos discursos dos entrevistados. De um lado, um grupo de usuários atestam em

seus discursos o cumprimento das deliberações do conselho por parte da secretaria, conforme se observa nos discursos a seguir:

Eram, eram, geralmente as decisões elas eram seguidas. Porque os conselhos, o que é que acontece, né?! eles fazem hoje praticamente o que as secretarias de saúde querem, muito pouco eles cobram tudo, duramente ali. (GR09)

Cumpria, elas cumpriam as deliberações, geralmente elas prestavam contas como cumprido, né?! E a gente não tinha denúncia que ela não cumprisse. (GR03)

(...) sempre a gente dava nossas opiniões no conselho e a secretaria acatava, né?! Acatava nossas opiniões. (GR01)

Em contradição com os discursos desse grupo, outros três conselheiros, também representantes dos usuários, afirmam em seus discursos o não cumprimento das deliberações por parte da SMS.

Não cumpre as deliberações, nenhuma cumpre. Ela é só escorregando “prum” lado e pro outro, não cumpre não. Isso aí não é mentira não, é verdade, não cumpre não. Aqui na Groáiras não cumpre de jeito nenhum. (GR05)

E com relação ao conselho de saúde, a secretaria também não segue as deliberações não. (GR02)

Rapaz, a administração anterior não levava muito a sério a questão dos conselhos não, principalmente o da saúde. (GR08)

Uma terceira opinião emerge dentre os discursos analisados. Segundo dois conselheiros, o entrevistado GR01 e o entrevistado GR09, a Secretaria cumpre parcialmente as deliberações tomadas pelo CMS. Diante desses discursos, é interessante observar a contradição existente não só entre os discursos de diferentes usuários, mas a contradição presente nos discursos dos mesmos sujeitos. Os entrevistados GR01 e GR09, nas citações anteriores afirmam o cumprimento das opiniões dos conselheiros por parte da secretaria, no entanto, na citação abaixo, observa-se a contradição ao afirmarem o cumprimento de apenas partes das deliberações tomadas pelos conselheiros.

Todas as decisões, não. Uma parte sim, outra parte não. (GR01)

Cobrava, geralmente se cobrava, só que a força é pequena, sempre cobra mas nem tudo é feito como o presidente pede ou que um conselheiro pede. (GR09)

Diante dessas contradições, embora não se possa afirmar com precisão o comportamento da Secretaria frente às deliberações do conselho, é possível inferir que secretaria municipal de saúde de Groaíras não pautava totalmente suas ações de acordo com as deliberações do conselho. Tal assertiva se fundamenta no fato de que as opiniões dos conselheiros mantêm caráter divergente e diametralmente oposto no que se refere a tal temática, desencadeando percepções positivas por alguns conselheiros, pelo fato do cumprimento de algumas deliberações e percepções negativas, por parte de outros conselheiros, pelo não cumprimento de outras deliberações.

Interferência Política

Com relação ao processo de interferência da gestão municipal nas ações do conselho, também surgem contradições nas opiniões dos conselheiros. Vale destacar, que as percepções contrárias quanto à interferência políticas partem todas elas de representantes dos usuários. Dois dos entrevistados afirmam em seus discursos a não existência de interferência do gestor municipal nas atividades do conselho.

Não tem influência política não. (GR03)

Não, isso aí não, eu sei que eles, elas na secretaria de saúde nunca interferiram em nada, apenas elas... a secretaria, a secretária era uma pessoa que tanto faz como tanto fez, não ligava não. (...) Não, não tinha interferência, isso aí não. (GR09)

Por outro lado, os entrevistados GR08 e GR07 afirmam a existência de interferência no conselho.

Mas a gestão anterior ela sempre dava um jeitinho de manipular o conselho (GR08)

Tinha interferência, mas não tanto assim, cinquenta por cento só. (GR07)

Em consonância com os defensores da existência de interferências externas no conselho, o entrevistado GR02 aprofunda a questão, relatando os meios e estratégias utilizadas no processo de manipulação, com a manutenção da maioria dos conselheiros vinculados à gestão municipal.

O que eu sinto que é a verdade mesmo que é certa, é que a maioria dos conselheiros é do grupo que tá no poder. A maioria é do grupo que tá no poder e aquele outro pessoal que luta pelos direitos, muitos deles desistem pela falta de estimulação. (...)

Nós temos aqui umas trinta associações, todas elas atreladas ao poder, só que tem muito desse pessoal que faz parte do conselho que é manobrado por eles, (...) aí a gente do sindicato, que luta e outras entidades, duas ou três que é minoria, é difícil conseguir as coisas, muito difícil. (GR02)

Essas contradições nos discursos também são sugestivas da possível interferência da gestão municipal nas atividades do conselho. Embora alguns representantes dos usuários afirmem a não existência de tal prática, o fato da existência de opiniões divergentes é indicativo da presença de algumas ações, que podem ser percebidas somente por alguns conselheiros, destinadas a influenciar a condução dos trabalhos do conselho. Além do mais, o discurso do entrevistado GR02, desvela uma prática, desenvolvida pela gestão municipal, de envolvimento e cooptação dos movimentos populares, com o intuito de influenciar nas suas ações.

5. Capítulo III

Análise Comparada: Lafayette Coutinho e Groaíras

5.1. Estrutura, Organização e Situação dos Municípios Estudados.

Os municípios de Lafayette Coutinho e Groaíras além de estarem agrupados na mesma categoria populacional, municípios até 10.000 habitantes, possuem uma série de características comuns no que tange à sua estrutura, organização e situação dos seus indicadores, sintetizados na Tabela 20.

No que tange ao nível educacional, ambos os municípios, possuem em torno de 1/3 de sua população analfabeta. Em relação aos indicadores convencionais de saúde, os dois municípios também apresentam índices dignos de melhor reflexão por parte das autoridades sanitárias. A mortalidade infantil, por exemplo, nos dois municípios estudados, apresentam número superior a 35 mortes para cada mil nascidos vivos, nível considerado ainda muito elevado. Já no que diz respeito à esperança de vida ao nascer, o índice é inferior a 70 anos para os dois casos.

Tabela 20
Indicadores Populacionais, Econômicos e Sociais. Lafayette Coutinho-BA e Groaíras-CE. 2000.

Indicador	Lafayette Coutinho	Groaíras
População	4.102	8.741
Área Territorial (km ²)	353,9	156,1
Densidade Demográfica (hab/km ²)	11,6	56
Água Encanada (% da população)	32,4	66,1
Energia Elétrica (% da população)	73,6	93,1
Taxa de Analfabetismo (%)	31,5	33%
Taxa de urbanização (%)	46,83	63,93
Taxa média anual de crescimento (%)	-2,54	0,91
Mortalidade Infantil (por mil nasc. vivos)	49,2	37,4
Esperança de Vida ao Nascer (anos)	63,1	68,8
Renda <i>per capita</i> média (R\$)	80,70	84,70
Proporção de Pobres (%)	70,50	67,50
Coeficiente de Gini	0,52	0,58
IDH-M	0,607	0,653

Fonte- IPEA/Atlas do Desenvolvimento Humano do Brasil/Perfil Municipal 2003

Os sistemas de transporte de Lafayette Coutinho e Groaíras apresentam debilidades semelhantes, tendo apenas uma linha regular destinada aos municípios de Jequié e Sobral, respectivamente, e com horários limitados. O acesso ao interior desses municípios é um problema constante para os seus moradores, que só podem contar com veículos alternativos, muitas vezes em péssimo estado de conservação.

Os indicadores econômicos também apresentam similitudes que colocam os municípios em situação de proximidade. As duas cidades possuem renda *per capita* próxima a R\$ 80,00 (oitenta reais), e uma elevada proporção de pobres, em torno de 70% de suas populações. Este elevado nível pobreza condena os municípios a sérios problemas de saúde, de difícil resolução, especialmente se forem implementadas apenas políticas setoriais, com a manutenção das políticas econômicas vigentes, que mantêm os níveis de pobreza e aumentam os índices de desigualdade.

Dentre as principais características dos dois município, apenas as referentes a urbanização apresentam diferenças dignas de destaque. Enquanto o município de Lafayette Coutinho possui uma população predominantemente rural, com taxa média de crescimento anual negativo, Groaíras apresenta uma população concentrada em sua zona urbana, com crescimento positivo. Diante desse quadro é possível afirmar que não se trata de uma mera diferença entre os dois municípios, e sim que Lafayette Coutinho apresenta ritmo e tendência de urbanização e de crescimento contrários aos experimentados pelo Nordeste e pelo Brasil, enquanto Groaíras segue o ritmo e a tendência regional e nacional.

5.2. Funcionamento do Conselho

A comparação entre os dois municípios estudados apontou a existência de similitudes referentes aos aspectos determinantes do funcionamento do CMS. Os principais pontos comuns se referem às irregularidades na composição inicial do conselho; tempo de gestão do conselho atrelado ao período da gestão municipal; irregularidades no processo de posse e desligamento de conselheiros; aspectos referentes à escolha do presidente do conselho; irregularidades nas alterações da composição do conselho; e questões relacionadas à periodicidade das reuniões e frequência dos conselheiros.

Apesar dos conselhos de saúde de Lafayette Coutinho e Groaíras terem sido criados em períodos distintos, com oito anos de diferença entre suas implantações, tendo diferenças políticas, institucionais e jurídicas consideráveis entre os dois momentos da instalação, os mesmos apresentam irregularidades comuns quanto a sua formação inicial. Enquanto o CMS de Lafayette Coutinho não destina representação aos profissionais de saúde, o CMS de Groaíras reserva a representação na categoria dos usuários a um membro do poder legislativo. Essas irregularidades na formação inicial do conselho demonstram um despreparo dos atores locais quando da instalação do conselho e a ausência de um acompanhamento e assessoramento das entidades envolvidas com o processo de municipalização da saúde, como, por exemplo, às secretarias e os conselhos estaduais de saúde.

A coincidência do período de renovação dos mandatos dos conselheiros com o período de renovação da gestão municipal é um indicativo de atrelamento do CMS ao poder executivo. Essa característica presente nos dois municípios afronta os princípios da participação popular, pois pode induzir a nomeação e posse de conselheiros ligados a gestão municipal, especialmente por se tratar de municípios de pequeno porte, onde muitas vezes o gestor local, quando não bem intencionado, pode utilizar meios de repressão e retaliação para fazer prevalecer os seus interesses.

O processo de posse e desligamento dos conselheiros também se constitui como séria irregularidade inerente aos dois municípios. Em ambos os casos, a composição inicial do conselho se deu de forma fragmentada e com atos de posse ocorrendo de forma irregular. O processo de fragmentação na posse do conselho levou a uma quebra da paridade, situação não permitida pela legislação que regulamenta os CMS. Como agravante dessa situação, o processo inerente à posse e desligamento de conselheiros não ocorreu de forma irregular apenas em sua formação inicial, ao longo de toda a sua história, os dois conselhos apresentaram constantes irregularidades quando ao desligamento e posse de conselheiros, mantendo-se os conselhos por longos períodos em uma composição não paritária. Além de não manterem com a sociedade civil, e suas instâncias de representação, uma relação de acompanhamento mútuo na escolha e na atuação dos seus representantes.

A escolha da presidência do conselho é outro fato de coincidentes irregularidades entre os CMS Lafayette Coutinho e Groaíras. Embora em sua última gestão o conselho de Groaíras teve como presidente um usuário escolhido em um suposto processo eleitoral, a história dos conselhos dos dois municípios evidencia a prática da ocupação dessa função pelo representante da SMS. O conselho de Lafayette Coutinho, em todo o período de sua existência, nunca teve um presidente do conselho diferente do secretário de saúde, já o CMS de Groaíras, em seus 16 anos de existência, durante doze anos a presidência foi exercida pelo secretário de saúde. Além do fato desse último município regulamentar em sua legislação, por um período de nove anos, a obrigatoriedade da presidência do conselho ser exercida pelo secretário. A prevalência dessa situação demonstra a fragilidade das representações populares e o interesse dos representantes dos gestores em ocupar um espaço estratégico de condução, e possível manipulação do conselho, inibindo a possibilidade de um controle mais efetivo pelos representantes dos usuários.

Os conselhos de saúde dos dois municípios passaram por várias alterações no que diz respeito a sua composição. No entanto, o que chama a atenção nessa situação é a forma irregular como se deram esses processos de mudança e as irregularidades geradas por essas alterações. Nos dois municípios estudados, a maioria das alterações feitas ocorreu sem alteração na legislação vigente e sem nenhum registro no livro de atas de possíveis discussões ou encaminhamentos dados pelos conselheiros da necessidade de alteração da composição do conselho. Além disso, todas as alterações feitas de forma irregular resultaram em desrespeito à legislação e prejuízos à representação dos usuários, com o predomínio de um maior número da representação dos prestadores. Diante dessa situação, embora não se possa afirmar com plena certeza, é possível que essas alterações tenham sido intencionalmente orquestradas e introduzidas com o intuito de enfraquecer a representação dos usuários, a depender do momento político e organização popular em cada município.

A irregularidade na frequência das reuniões do conselho também chama a atenção como um das características comuns aos municípios estudados. Nos dois casos observa-se a não periodicidade da frequência das reuniões, que segundo a legislação dos dois conselhos deveriam ocorrer mensalmente, e, no entanto, os conselhos passam por um período de até seis meses sem se reunir. Este fenômeno

parece ocorrer por dois motivos principais: a não convocação mensal de reuniões pelo conselho e a ausência dos conselheiros quando da convocação.

Esses dois motivos estão intimamente relacionados e comprovam a desmobilização popular e o desinteresse dos gestores na promoção do Controle Social. O fato da não convocação das reuniões pela Secretaria deveria ser motivo de contestação e mobilização dos representantes dos usuários com o intuito de exigir a sua realização periódica. No entanto, em virtude da desmobilização social, esse fato gera um efeito contrário de potencializar o desinteresse da população, levado a ausência dos conselheiros até mesmo quando convocados pela secretaria de saúde.

No que tange a presença dos conselheiros, é observado nos dois municípios a dificuldade de realização das reuniões por falta de quorum. Também outra característica comum em ambos os casos, é a tendência da presença de alguns conselheiros a maior parte das reuniões e a ausência constante de outro contingente de representantes. Esse fenômeno ocorre sem distinção de segmento, prestador ou usuário, indicando que a preocupação com a situação da saúde dos municípios está restrita a um pequeno grupo de cidadãos, que independente do seu posicionamento social, mantém uma postura e interesses contínuos referente a sua saúde e a saúde da coletividade.

5.3. Atuação do CMS e suas Deliberações

Como visto nos Capítulos II e III, a atuação dos conselhos de saúde de Lafayette Coutinho e Groaíras, e as principais deliberações tomadas por estes conselhos, se concentraram em três categorias referentes ao estado de saúde da população e as políticas de saúde; à organização e funcionamento dos serviços de saúde; e, por fim, às prestações de contas e gestão financeira da saúde.

No que se refere aos assuntos pertinentes à primeira categoria, ambos os conselhos tiveram papel preponderante na condução do sistema local de saúde em direção a um modelo mais apropriado para reversão das iniquidades em saúde, presentes na maioria dos municípios nordestinos, em especial, os de pequeno porte. O estado de saúde da população foi discutido e avaliado pelos conselhos dos dois municípios, os quais por diversas ocasiões debateram assuntos referentes aos

indicadores de saúde municipais, à presença das doenças reemergentes e aspectos referentes às carências nutricionais de crianças e gestantes.

Também os conselhos tiveram atuação marcante na definição de políticas e programas estratégicos de saúde, como PACS, PSF e PCCN, que têm como objetivos a transformação do modelo assistencial brasileiro e melhoria da qualidade de vida de sua população. Um bom exemplo para ilustrar esse desempenho, foi o papel desempenhado pelos dois conselhos na implantação do PACS. O conselho de Lafayette Coutinho, logo após a sua implantação deliberou pela municipalização da saúde e criação do PACS; o conselho de Groáíras foi pioneiro na implantação do PACS, implantando o programa em seu município, quatro anos antes da implantação em âmbito nacional. Dessa forma, observa-se em consonância com a legislação vigente, o cumprimento das funções do conselho referentes à definição das políticas de saúde a serem implementadas nos municípios.

Todavia, deve ser destacado, que a simples deliberação pela implantação de determinadas políticas de saúde não garante a sua implantação nos moldes do que é preconizado pelo Ministério da Saúde. A fiscalização e a força política para implementação dos programas e políticas de acordo ao que foi deliberado pelos CMS se constituem como suas principais debilidades, visto que, em ambos os municípios, esses programas e políticas foram implementados de forma distorcida ou parcial.

Organização e funcionamento dos serviços de saúde foi a categoria que mais ocupou a pauta dos dois conselhos estudados, evidenciando uma desorganização e insuficiência dos serviços de saúde oferecidos às populações dos municípios. As queixas e as reclamações dos usuários foram os motivos principais da introdução dessa problemática na pauta de discussão do conselho. Prevalendo nos conselhos, em muitos momentos, um ambiente de reclamações e queixas pertinentes às deficiências da assistência, em detrimento da constituição deste como espaço formulador de políticas e de acompanhamento da sua execução. Em ambos os conselhos muitas das reuniões foram destinadas à discussão de aspectos referentes à rotina de funcionamento dos serviços, tarefa de responsabilidade das secretarias de saúde.

De maneira geral, os assuntos pertinentes a segunda categoria podem ser agrupados em três tipos, os informes da secretaria de saúde sobre as ações de rotina e os serviços implantados, as discussões referentes aos problemas de

funcionamento dos serviços e as deliberações sobre a organização e o funcionamento desses serviços. As discussões foram os aspectos que mais ocuparam a pauta do conselho, as deliberações do conselho pertinente aos serviços de saúde, em ambos os casos, foram em número diminuto e pouco contribuíram para a mudança das práticas de saúde desenvolvidas nos municípios. Com relação aos informes, nos dois municípios estudados, observa-se a comunicação por parte da secretaria de saúde da implantação de serviços de importância considerada ou que envolvem grande monta de recursos municipais, sem que esses assuntos tenham sido debatidos ou aprovados pelos CMS. Tal situação comprova a fragilidade dos dois conselhos no que concerne a condução da organização dos serviços de saúde em seus territórios.

O comportamento dos dois conselhos no processo de prestação de contas e acompanhamento da gestão financeira da saúde municipal também apresenta características semelhantes. Em ambos os casos, os conselhos têm uma atuação tímida e omissa no que concerne à fiscalização do exercício financeiro das secretarias de saúde.

Tanto em Lafayette Coutinho como em Groaíras, os processos de prestação de contas se dão de forma indevida, com balancetes apresentados em curto período de tempo, de maneira superficial e sem a entrega de cópias aos conselheiros para uma análise mais criteriosa. As prestações de contas nesses municípios também são caracterizadas por irregularidades no período de apresentação dos balancetes, que ora são trimestrais, ora semestrais e ora anuais, com o agravante de que os exercícios financeiros de muitos anos nunca foram apreciados ou aprovados por esses conselhos. Além desses fatos, a omissão do conselho no que se refere ao acompanhamento da gestão financeira municipal pode ser evidenciada, pelo fato dos conselhos terem aprovado contas com indícios e irregularidades ou denúncias de fraude proferidas pelos próprios conselheiros.

5.4. O que dizem os atores

Os discursos dos atores de Lafayette Coutinho e Groaíras apresentam categorias comuns, discutidas a seguir, que evidenciam a aproximação das realidades existentes nos dois municípios estudados. As problemáticas comuns

vivenciadas por esses dois municípios de pequeno porte e percebida nos discursos de seus atores são sugestivas de uma tendência de limitação ao exercício do Controle Social, em espaços que mantêm características similares aos municípios estudados.

Participação

A participação é percebida de forma comum pelos entrevistados, como um instrumento de fiscalização e controle da gestão municipal, com destaque para os aspectos econômicos e financeiros. Apesar de alguns discursos de conselheiros dos dois municípios apontarem que o conselho também deva atuar na definição das políticas de saúde, a maioria das falas converge em direção a uma ação fiscalizadora e impeditiva de irregularidades.

A participação é apresentada pelos entrevistados como um instrumento, por si só, capaz de promover a melhoria da assistência a saúde em seus territórios. Em ambos os casos, são estabelecidas relações de causa e efeito entre a existência de um processo participativo e uma melhor qualidade dos serviços de saúde prestados à comunidade. Todavia, também nos discursos dos atores dos dois conselhos, não é percebida a realização de uma análise crítica sobre a forma de desenvolvimento da participação. Assim, da forma como é explicitado pelos entrevistados, independente da forma de atuação dos atores e dos recursos de poder existentes, o processo participativo seria capaz de promover uma transformação nas práticas de saúde desenvolvidas nos municípios.

Todavia, os discursos também apontam que as populações dos dois municípios não dão a devida importância à participação, nem tampouco entendem o processo participativo como instrumento capaz de atuar decisivamente na reversão das iniquidades em saúde. Sendo essa a causa principal da não reversão do modelo assistencial. Alguns entrevistados buscando encontrar explicações e determinantes para o desinteresse da população quanto a participação associam a pouca participação ao baixo nível educacional da população e ao fato da participação ser uma atividade voluntária, portanto, não remunerada.

Funcionamento do Conselho

No que diz respeito ao funcionamento do conselho, embora haja discursos, nos dois municípios, que atestem um funcionamento adequado dos CMS de

Lafayette Coutinho e Groaíras, há uma predominância nos discursos em apontar um funcionamento inadequado dos dois conselhos. Vários aspectos, discutidos a seguir, são relacionados pelos conselheiros como fatores associados ao inadequado funcionamento do conselho.

Como primeiro fator impeditivo de um bom desempenho dos conselhos de saúde destaca-se a não compreensão por parte dos conselheiros de saúde de qual o seu verdadeiro papel e, conseqüentemente, qual o papel dos conselhos. Discursos de ambos os municípios apontam para o fato de que a maioria dos conselheiros se quer sabem qual a função que deve desempenhada por eles. Tal situação é um sério agravante, quiçá um impedimento, para que os conselhos de saúde possam eficazmente desempenhar as funções que a legislação lhe outorga.

A irregularidade na freqüência das reuniões é considerada como fator chave para um desempenho ínfimo no exercício Controle Social. A freqüência irregular das reuniões e suas realizações intercaladas por longos intervalos de tempo, impossibilita o desenvolvimento pelo conselho das atividades inerentes a sua função, como, por exemplo, a definição das políticas de saúde e o acompanhamento da sua execução. Além da não convocação regular das reuniões pela secretaria, o fato das reuniões serem convocadas em curto espaço de tempo, em alguns casos minutos antes de sua realização, é apontado por atores, dos dois conselhos, como determinante da ausência de muitos conselheiros, desencadeando muitas vezes em falta de quorum para a sua realização.

A forma de encaminhamento das discussões nas reuniões também é apontada como causa de funcionamento inadequado do conselho. Embora alguns atores afirmem que as reuniões eram participativas, a maioria dos discursos, oriundos de atores de ambos os municípios, apontam para uma condução inadequada pelos representantes do executivo municipal. Sendo as reuniões utilizadas apenas para referendar as decisões previamente tomadas pela secretaria de saúde, e não, de forma coletiva discutir e decidir os meios e estratégias mais adequadas. Esta situação desencadeia um sentimento de frustração e desinteresse por parte dos conselheiros, tornando as reuniões pouco participativas.

Um outro aspecto, comum aos dois municípios, que interfere no funcionamento do conselho é a presença de policonselheiros, isto é, cidadãos que faziam parte de mais de um conselho. Essa parece ser uma característica comum aos municípios de pequeno porte, que, em virtude de sua pequena população e o

interesse pela participação está restrita a um pequeno contingente da população, poucos cidadãos assumiam a representação em vários conselhos. Essa situação além de restringir os envolvidos no processo participatório, também acarreta em limitações de ordem física, quando da convocação da reunião de mais de um conselho para o mesmo dia e horário.

Prestação de Contas

O acompanhamento da gestão financeira da saúde, nos dois municípios estudados, se constitui como uma das principais fragilidades dos respectivos conselhos. Em ambos os casos a prestação das contas da SMS era feita de forma indevida, em um curto espaço de tempo, sem permitir ao conselho o acompanhamento devido das despesas executadas. Também não eram fornecidas, aos conselheiros, as cópias dos balancetes apresentados. Essa situação demonstra que os conselhos atuavam apenas como homologador das contas apresentadas pela secretaria e não como fiscalizador da aplicação dos recursos financeiros destinados às SMS.

Outra situação de comprovada displicência dos conselhos no que se refere a gestão financeira da saúde é o fato da não prestação de contas de vários trimestres e até anos inteiros, sem que isso tenha sido questionado pelas respectivas plenárias. Tal quadro comprova uma condição de omissão dos conselhos de saúde estudados, em seu papel de acompanhamento da gestão financeira da saúde dos municípios, visto que, frente às muitas irregularidades nas prestações de contas e até a ausência das mesmas por muitos períodos, os conselhos não tomaram nenhum posicionamento para obrigar as SMS a cumprir suas obrigações.

Capacitação

A temática capacitação foi assunto presente na maioria dos discursos dos entrevistados nos dois municípios. A capacitação é reconhecida pela maioria dos atores como condição *sine qua non* para um bom desempenho dos conselheiros e, conseqüentemente, um exercício pleno do Controle Social pelos conselhos de saúde. Todavia, a importância dispensada pelas secretarias de saúde e pelos próprios conselhos aos processos de capacitação é incompatível com as necessidades de aprimoramento dos atores sociais envolvidos. Nos dois casos, a capacitação se deu por meio da realização de apenas um ou dois cursos, ocorridos

a um longo período atrás e que, mesmo assim, não contemplou a todos os conselheiros. Esse processo de qualificação oferecido pelos municípios é incapaz de qualificar os conselheiros de saúde e torná-los aptos ao desempenho de suas funções. O processo de capacitação deve ocorrer de forma continuada, contemplando todos os envolvidos no exercício do Controle Social e capaz de oferecer subsídios suficientes aos atores para a compreensão do seu papel e a utilização de estratégias para o desempenho de sua função.

Escolha dos Conselheiros e a Relação Representantes X Representados.

Em virtude dos conselhos de saúde serem instâncias de promoção da participação popular e composto, em sua metade, por representantes dos setores populares da sociedade, é de esperar que a escolha de seus membros ocorra de forma democrática, envolvendo todos os integrantes de cada entidade. Todavia, nos dois municípios estudados, a escolha dos representantes dos usuários se dava de diversas formas, desde eleição em assembléia da entidade, passando por escolha da diretoria, e até mesmo por indicações de presidentes de instituições. Essas duas últimas formas de escolha depõem contra o processo democrático proposto pelo conselho e torna incoerente as exigências de democracia no conselho, pois, como o representante pode exigir que o conselho atue de forma democrática se a atuação da sua entidade não o é? Desta forma, o processo de escolha dos representantes, especialmente dos usuários, tanto em Lafayette Coutinho quanto em Groaíras se constitui em condição adversa para o pleno exercício da democracia nesses municípios. Um ponto positivo apresentado pelos entrevistados dos dois conselhos é a não interferência do gestor municipal nos processos de escolha dos representantes.

Um outro aspecto negativo para o desempenho dos conselhos estudados é a frágil relação estabelecida entre os representantes e suas entidades. A maioria dos entrevistados relatou a inexistência de uma relação participativa entre o representante e os representados. Atuando os representantes, em alguns casos, de forma individual ou por meio do estabelecimento de relações informais com alguns pares. Esta precarização na relação entre representante e representado desvela a fragilidade da organização das entidades de representação popular que não acompanham o desenrolar das atividades do conselho e, tampouco, o desempenho da atuação do seu representante.

Interferência Política

A categoria interferência política apresenta duas subcategorias comuns aos discursos dos entrevistados de Lafayette Coutinho e Groaíras. A primeira delas diz respeito ao cumprimento das deliberações do conselho por parte da SMS. Nessa subcategoria prevaleceu uma contradição, nos dois casos, no que diz respeito ao cumprimento, ou não, das deliberações pela secretaria, convergindo a maior parte dos depoimentos para o não cumprimento das deliberações. Diante dessa situação paradoxal, é possível que as secretarias de saúde se baseiem apenas parcialmente nas deliberações do conselho, desenvolvendo algumas ações sem o respaldo ou aprovação do CMS.

A segunda subcategoria comum aos discursos dos entrevistados dos dois municípios se relaciona com a interferência da gestão local na atuação do conselho. Também nessa subcategoria prevalece a contradição nas opiniões dos conselheiros no que se refere à interferência da gestão municipal no desenvolvimento dos trabalhos do CMS, o que é sugestivo de possíveis tentativas de manipulação em algumas das ações e atuações do conselho.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os municípios de Lafayette Coutinho e Groaíras, apesar de ambos serem de pequeno porte, população inferior a 10.000 habitantes, os mesmos possuem características distintas no que se refere à estrutura e organização dos seus serviços de saúde; organização do sistema estadual ao qual estão inseridos; e o tempo de criação e funcionamento dos seus conselhos de saúde.

Lafayette Coutinho possui em seu território apenas serviços da Atenção Básica, que são oferecidos por meio de duas Equipes de Saúde da Família, que atendem na sede e algumas localidades da zona rural. Groaíras, além dos serviços da Atenção Básica, organizados por meio de Equipes de Saúde da Família, possui um hospital municipal, serviço de Raio X e uma clínica de Fisioterapia, também administrada pelo município.

Como dito anteriormente, os estados da Bahia e do Ceará possuem níveis distintos de organização dos seus sistemas de saúde, com indicadores e estruturação do sistema favorecendo o estado do Ceará. Essa situação se justifica pela atenção e preocupação dispensada pelo Ceará, nos fins da década de 80 e década de 90, com a situação de saúde de sua população, e a busca de estratégias para reversão do quadro sanitário, o que não foi feito com a mesma intensidade no estado da Bahia. Tal situação permitiu, ao estado do Ceará, uma maior organização e cobertura da atenção básica, e um pioneirismo no processo de municipalização, o que despertou precocemente às iniciativas de participação e Controle Social.

Essa situação pode ser comprovada em Groaíras, com a criação da Comissão Intersetorial Municipal de Saúde, posteriormente transformada em Conselho Municipal de Saúde, nos idos de 1989, antes mesmo da criação do SUS e da promulgação da Lei 8142/90, que regulamenta o exercício do Controle Social na área de saúde. Ao passo que o CMS de Lafayette Coutinho só foi criado oito anos após, em 1987, como exigência para o processo de municipalização.

No entanto, mesmo apresentando situações e determinantes tão distintos, o exercício do Controle Social nesses municípios apresentam características e dificuldades comuns sintetizadas a seguir.

Os conselhos de saúde apresentam dificuldade para a sua formação inicial, com composição inadequada e não paritária do conselho. Essa situação pode ser atribuída, em partes, a falta de preparação, esclarecimento e suporte dispensado aos municípios pelas Secretarias Estaduais de Saúde e os Conselhos Estaduais de Saúde.

No desenvolvimento das atividades dos conselhos esses promovem diversas alterações em suas composições, com graves irregularidades nas proporções das representações do segmentos, afrontando diretamente a legislação que rege o exercício do Controle Social e evidenciando uma fragilidade das instituições que compõe o conselho e um despreparo dos atores sociais.

A limitação para exercer suas funções é reconhecida pelos próprios conselheiros, que admitem um desconhecimento e despreparo para o exercício pleno do Controle Social. Essa situação é o resultado de um processo indevido de capacitação, com cursos esporádicos e de acesso limitado aos conselheiros, apontado por alguns como processo intencional para perpetuação da ignorância e para o impedimento da participação popular.

O processo de condução das atividades do conselho se dá pela secretaria municipal de saúde, que além de decidir pela convocação das reuniões, também determina sua pauta e conduz as discussões no conselho. O resultado dessa prática é uma irregular e escassa frequência nas reuniões, uma frustração dos conselheiros quanto ao seu papel e, conseqüentemente, um desestímulo para o desempenho do seu papel.

Os conselho comportam-se de forma omissa na fiscalização da Gestão Financeira da saúde dos municípios. Isso se comprova pelos muitos períodos em que não foram apresentadas as prestações de contas ao conselho e as diversas irregularidades do processo de prestação das contas apresentadas.

No que se refere às funções do conselho de definidor das políticas de saúde municipais, pode-se comprovar que os conselhos tiveram uma participação ativa na definição de estratégias e programas que objetivam reverter o modelo de assistência prestado à população e promover melhorias na qualidade de vida. Em muitos momentos os conselhos discutiram sobre o estado de saúde de suas populações e de acordo as orientações da esfera federal e estadual, não se furtaram em decidir por mudanças no seus sistemas de saúde. No entanto, os conselhos demonstraram grande fragilidade para assegurar a implementação dessas novas políticas

aprovadas, que, ou não foram implementadas, ou foram implementadas irregularmente e de forma parcial.

A organização e o funcionamento dos serviços municipais de saúde também foram alvo de grande atenção dos conselhos. Em muitas ocasiões, quase sempre por iniciativas dos usuários, discutiu-se nos conselhos a qualidade e oferta dos serviços prestados. Por vezes os conselhos até decidiam por aspectos relacionados ao funcionamento dos serviços, atividades inerentes ao poder executivo. A Análise dessa situação evidenciou a utilização do espaço do conselho muito mais como espaço reivindicatório e de reclamações, do que espaço para definição de políticas e acompanhamento da sua execução.

O processo de escolha dos conselheiros e a relação estabelecida entre os representantes e suas entidades evidenciam uma fragilidade e desmobilização das organizações de representação popular. A escolha dos conselheiros pelas instituições se dava de forma múltipla, com o predomínio de métodos não democráticos, restritos a poucos dirigentes, quando não, à apenas o dirigente maior da instituição. Os discursos dos representantes desvelam que as organizações populares demonstram pouco interesse pelo desempenho dos representantes, e esses, na maioria das vezes atuam muito mais como representantes de si mesmo do que como representantes de coletivos.

Por fim, a relação estabelecida entre conselhos e gestores aparenta sinais de manipulação. De acordo com os discursos da maioria dos atores, os gestores municipais não tentavam influenciar na escolha os conselheiros representantes dos usuários, todavia, a condução dos trabalhos do conselho era direcionada, pelos representantes da secretaria de saúde, no intuito de respaldar e referendar os interesses do executivo municipal.

Após a análise do extenso material coletado e dos discursos dos atores, é possível concluir que os conselhos de saúde estudados, apresentam serias limitações no exercício do Controle Social, atuando muito mais como homologador das decisões proferidas pelas secretarias de saúde, do que como foro de construção e acompanhamento da execução das políticas de saúde municipais.

Como estratégias para reversão dessa situação, acreditamos ser primordial o fortalecimento das entidades de representação popular, que assumiriam a tarefa de controlador do Estado e parceiro deste, nas responsabilidades sociais, com destaque para o setor saúde. Aliado a isso, um processo de capacitação continuada

de conselheiros e gestores, fundamentado em princípios éticos e políticos, capaz de conduzir os diversos segmentos sociais à formalização de um pacto de responsabilidades onde os diversos atores teriam a compreensão dos seus papéis e responsabilidades diante do desafio da transformação da situação sanitária do Brasil.

A partir das considerações apresentadas ao final desse estudo, não se deseja estabelecer uma condição de generalização para os municípios de pequeno porte. No entanto, essas semelhanças, diante de características tão antagônicas, desvelam a necessidade de novas investigações nos municípios de pequeno porte, espaços ricos em contradições e detentores de condições políticas, econômicas e sociais tão adversas.

REFERÊNCIAS

- ABBAGNANO, N. **Dicionário de Filosofia**. Tradução Alfredo Bosi. 3ª ed. São Paulo: Martins Fontes, 1998.
- ALVES-SOUZA, R.A. & SALIBA, O. Saúde bucal em pauta: análise de registro dos Conselhos Municipais de Saúde de municípios pertencentes à 17ª Regional de Saúde do Estado do Paraná. **Caderno de Saúde Pública**, V.19 N.05, 2003.
- BAHIA. Superintendência de Estudos Econômicos e Aplicados-SEI. Cartogramas. <[http://www.sei.ba.gov.br/geoambientais/cartogramas/pdf/RegEcon%20 Sudoeste.pdf](http://www.sei.ba.gov.br/geoambientais/cartogramas/pdf/RegEcon%20Sudoeste.pdf)> Acesso em 03 de maio de 2005.
- BOBBIO, N. MATTEUCCI, N. & PASQUINO, G. **Dicionário de Política**. Tradução João Ferreira et al. 12ª ed. Brasília: Editora da UNB, São Paulo: Imprensa Oficial do Estado, 2002.
- BOURDON, R. **Dicionário crítico de Sociologia**. Tradução Maria Alcoforada. São Paulo: Editora Ática, 1993.
- BRANDÃO, H.H.N. **Introdução a Análise do Discurso**. 7ª edição. São Paulo: Editora Unicamp, 1988.
- BRASIL. **Constituição da república federativa do Brasil**. Brasília: Senado Federal, 1988.
- BRASIL, Lei 8080/90. **DOU**. 20 de Setembro de 1990, Brasília, 1990.
- BRASIL, Lei 8142/90. **DOU**. 31 de dezembro de 1990. Brasília, 1990.
- BRASIL, Ministério da Saúde. Resolução nº 273/91. **Norma Operacional Básica**. INAMPS nº 01/91. Brasília: MS, 1991.
- BRASIL, Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução 33/92**. [online]. <http://conselho.saude.gov.br/docs/Reso3392.doc>. Acesso em 04 de agosto de 2004.
- BRASIL, Ministério da Saúde. Norma Operacional Básica SUS 01/93. **Informe Epidemiológico do SUS**. Número especial: 49-73, julho de 1993.
- BRASIL, Ministério da Saúde. Norma Operacional Básica SUS 01/96. **DOU**. 70:17064-17071, 02 de Setembro de 1996.
- BRASIL, Ministério da Saúde. Centro Nacional de Epidemiologia. **Projeto VIGISUS**. Brasília: Ministério da Saúde, 1998.
- BRASIL, Ministério da Saúde. **Norma Operacional de Assistência a Saúde SUS 01/2001**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

BRASIL Ministério da Educação. Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais-INEP. **Censo Educacional 2003**. Brasília: Ministério da Educação, 2003.

BRASIL, Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução 333/03**. [on line]. <http://conselho.saude.gov.br/docs/Reso333.doc>. Acesso em 28 de outubro de 2004.

BRASIL, Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução 196/96**. [on line]. <http://conselho.saude.gov.br/docs/Reso196.doc>. Acesso em 16 de novembro de 2004.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Arquivos**. [on line] <http://portal.saude.gov.br/saude/arquivos/pdf/planilhpsf_setembro_2004.pdf>. Acesso em 05 de Novembro de 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. DataSus.. [on line]. http://www.tabnet.datasus.gov.br/tabdata/cadernos/CE/CE_Groaíras_Geral.xls. Acesso em 19 de maio de 2005.

BRICEÑO-LEON, R. El contexto político de la participación comunitaria en América Latina. **Cadernos de Saúde Pública**, 14 (sup. 2): 141-147, 1998.

CEARÁ. Instituto de Pesquisa e Estratégia Econômica do Ceará-IPECE. Cartografia <www.ipece.ce.gov.br/cartografia_1/mapas_localizacao/d-e-f-g_pdf/groairas.pdf> Acesso em 16 de junho de 2005.

CARVALHO, A.I. **Conselhos de Saúde no Brasil: participação cidadã e Controle Social**. São Paulo: Editora Fase, 1995.

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

CORTES, M.V.C. Construindo a possibilidade de participação dos usuários: conselhos e conferências no Sistema Único de Saúde. **Sociologias**, 7: 18-49, 2002.

CRUZ NETO, O. **O trabalho de campo como descoberta e criação**. IN: MINAYO, M.C.S. Pesquisa Social: teoria, método e criatividade. 6ª edição. Petrópolis: Vozes, 1996.

CUNHA, J.P.P; CUNHA, R.E. Sistema Único de Saúde: Princípios. IN: **Caderno de textos de planejamento e gestão em saúde**. Nescon/FM/UFMG. Belo Horizonte: s. d.

DEMO, P. **Metodologia Científica em Ciências Sociais**. 3ª ed. São Paulo: Atlas, 1981.

GROAÍRAS. Prefeitura Municipal. **Lei 263/92**. Groaíras: (mimeo), 1992.

_____. Conselho Municipal de Saúde. **Regimento Interno do CMS**. Groaíras: (mimeo)1992b.

_____. Prefeitura Municipal. **Lei 381/2000**. Groaíras: (mimeo), 2000.

_____. Prefeitura Municipal. **Lei 398/2001**. Groaíras: (mimeo), 2001.

_____. Conselho Municipal de Saúde. **Livro de Atas do CMS**. Groaíras: 1989-2004.

HOMEDES, N. UGALDE, A. Las reformas de salud neoliberales en América Latina: una visión crítica a través de dos estudios de caso. **Revista Panamericana de Salud Pública**. v.17, n.03, 2005.

IBGE. **Censo Demográfico 2000**. Rio de Janeiro: IBGE, 2001.

IPEA. **Atlas de Desenvolvimento Humano do Brasil**. Brasília: IPEA, 2003.

LAFAYETE COUTINHO. Prefeitura Municipal. **Lei 43/97**. Lafayette Coutinho: (mimeo), 1997.

_____. Prefeitura Municipal. **Lei 58/97**. Lafayette Coutinho: (mimeo), 1997b.

_____. Secretaria Municipal de Saúde. **Plano Municipal de Saúde 1998-2001**. Lafayette Coutinho: (mimeo), 1998.

_____. Secretaria Municipal de Saúde. **Plano Municipal de Saúde 2002-2005**. Lafayette Coutinho: (mimeo), 2002.

_____. Secretaria Municipal de Saúde. **Relatório de Gestão 2002**. Lafayette Coutinho: (mimeo), 2003.

_____. Secretaria Municipal de Saúde. **Relatório de Gestão 2003**. Lafayette Coutinho: (mimeo), 2004.

_____. Conselho Municipal de Saúde. **Regimento Interno do CMS**. Lafayette Coutinho: (mimeo), sd.

_____. Conselho Municipal de Saúde. **Livro de Atas do CMS**. Lafayette Coutinho:1997-2004.

MINAYO, M.C.S. **O Desafio do Conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 8ª ed. São Paulo: Hucitec, 2004.

MISOCZKY, M.C. Gestão participativa em saúde: potencialidades e desafios para o aprofundamento da democracia. **Saúde em Debate**. V.27, n.65, 336-347, 2003.

PAIM, J.S. **Saúde**: Política e Reforma Sanitária. Salvador: ISC/CEPS, 2002.

RIBEIRO, J.M. Conselhos de saúde, comissões intergestoras e grupos de interesse no Sistema Único de Saúde (SUS). **Cadernos de Saúde Pública**, 13: 181-192, 1997.

RISI JR, J.P; NOGUEIRA, R.P. et al. As condições de Saúde no Brasil. In: FINKELMAN, J (org). **Caminhos da Saúde pública no Brasil**. Rio de Janeiro: Ed Fiocruz, 2002.

SAMPAIO, J.J.C. **Epidemiologia da Imprecisão: Processo Saúde-Doença Mental como Objeto da Epidemiologia**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1998.

SANTOS, L. & CARVALHO, G.I. Das formas de controle social sobre as ações e os serviços de saúde. **Saúde em Debate**, 34: 60-66, 1992.

SILVEIRA, H.F.R. Um estudo do poder na sociedade da Informação. **Ciência da Informação**, 29 (3): 79-90. 2000.

VALLA, V.V. Sobre a participação popular: uma questão perspectiva. **Cadernos de Saúde Pública**, 14 (supl. 2): 07-18, 1998.

VÁZQUEZ, M. L. et al Los procesos de reforma e la participacion socxial em salud em América latina. **Gaceta Sanitaria**, 16(1): 30-38, 2002.

VÁZQUEZ, M. L. et al. Participação social nos serviços de saúde: concepções do usuários e líderes comunitários em dois municípios do Nordeste do Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, 19(2): 579-591, 2003.

WENDHAUSEN, A. & CAPONI, S. O diálogo e a participação em um conselho de saúde em Santa Catarina, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, 18 (6): 1621-1628, 2001

WESTPHAL, M. F. Gestão participativa dos serviços de saúde: pode a educação colaborar na sua concretização? **Saúde em Debate**. 47: 41-45, 1995.

ANEXOS

ANEXO A
 Frequência do Conselho Municipal de Saúde de Lafayette Coutinho 1997-2000

Conselheiro	Entidade		11	18	16	06	10	09	16	10	04	25	09	02	09	09	14	30	11	27	17	22	01	
			set 97	set 97	out 97	dez 97	fev 98	jul 98	jul 98	dez 98	ma r 99	mar 99	jun 99	set 99	set 99	nov 99	mar 00	mar 00	mai 00	jul 00	ago 00	ago 00	nov 00	
JLMS (até 09/jul/98)	Prefeitura	Prestador	X	X	X	X	X																	
RPAB (a partir 09/jul/98)	Prefeitura							X	X	X	X	X		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
DSPC	Prefeitura		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X		X		X					
EJAS	Gabinete do Prefeito		X			X									X	X	X	X						
ERM (até 11/mai/00)	Sec. Educação		X			X	X			X	X	X	X	X	X		X		X					X
MLS (a partir 11/mai/00)	Sec. Educação																			X		X	X	
JGBA	Sec. Bem-Estar Social					X	X	X		X	X		X	X		X	X	X	X	X				X
ZRB	Sesab/Dires		X	X	X						X	X	X		X									X
JFS	Ig. Batista	Usuário	X	X	X	X	X	X		X	X	X			X	X	X			X			X	
FMGC	Ig. Católica		X	X	X	X	X	X	X				X	X	X	X	X	X	X	X	X	X		
JBA (até 09/set/99)	Ass. de Filhos e Moradores			X	X	X	X	X	X	X	X	X			X									
RLS (a partir 30/mar/00)	Ass. de Filhos e Moradores																		X				X	
ALS	Sind dos Trab. Rurais					X										X	X							
OSN	Ass. do Lot. José Barreto					X		X									X						X	X
JCS	Prefeitura		X	X	X	X	X	X	X			X	X											
VGC	Prefeitura		X			X	X	X	X		X		X				X	X	X	X	X	X	X	X
OFS	Gabinete do Prefeito	Prestador	X	X		X											X						X	
GNA (até 11/mai/00)	Sec. Educação					X			X								X							
RPM (a partir 11/mai/00)	Sec. Educação																			X		X	X	
APS	Sec. Bem-Estar Social					X			X	X	X	X	X	X	X	X					X	X		
ASM	Sesab/Dires		X	X	X	X	X	X	X		X	X		X	X	X	X	X	X			X	X	
MMS	Ig. Batista		X	X		X			X			X	X				X							
DLMS	Ig. Católica		X	X	X	X		X			X		X	X	X		X	X	X	X	X	X	X	
JAS	Ass. de Filhos e Moradores		X	X	X	X	X																	
GBA	Sind dos Trab. Rurais				X																			
RPS	Ass. do Lot. José Barreto				X	X										X						X		

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](#)